



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

**Европейский региональный комитет**

EUR/RC68/Inf.Doc./1

Шестьдесят восьмая сессия

Рим, Италия, 17–20 сентября 2018 г.

16 августа 2018 г.

180444

Пункт 5(d) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**В состоянии ли люди платить за услуги  
здравоохранения?  
Новые фактические данные о финансовой защите в  
Европейском регионе**

**Резюме регионального отчета**

Документ содержит резюме отчета о новом региональном исследовании по вопросам финансовой защиты в Европейском регионе. Цель исследования – проводить мониторинг уровня финансовой защиты, который обеспечивает получение фактических данных для использования в процессе выработки политики, содействует принятию мер политики, ориентированных на поддержку малоимущих слоев населения, чтобы разорвать связь между бедностью и нездоровьем, а также имеет актуальное значение для всех государств-членов в Регионе.

В настоящем документе излагаются предпосылки для проведения мониторинга уровня финансовой защиты в Европе, вкратце описываются основные выводы исследования и демонстрируется их значение для политики.

## Содержание

Выражение благодарности .....	3
Общие сведения.....	5
Финансовая защита: один из ключевых аспектов деятельности систем здравоохранения.....	7
Что представляет собой финансовая защита? .....	7
В чем заключается важность финансовой защиты? .....	7
Как оценивается уровень финансовой защиты? .....	7
Дополнительные преимущества исследования, проведенного Региональным бюро .....	9
Методы, источники данных и ограничения исследования .....	10
Сравнение уровней финансовой защиты в разных странах Европы.....	13
Какое число домохозяйств сталкивается с финансовыми трудностями? .....	13
Кто испытывает финансовые трудности? .....	13
Какие услуги здравоохранения приводят к финансовым трудностям?.....	14
Факторы, повышающие уровень финансовой защиты населения .....	17
Уровень финансовой защиты выше там, где отмечается низкий уровень прямых платежей.....	17
Уровень финансовой защиты выше там, где отмечается высокий уровень государственных расходов на здравоохранение .....	20
Уровень финансовой защиты выше там, где политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения тщательно продумана .....	22
Право населения.....	23
Охват услугами .....	25
Официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг.....	26
Роль добровольного медицинского страхования .....	33
Данные о неудовлетворенных потребностях должны быть включены в анализ.....	36
Значение для политики .....	37
Библиография .....	41
Глоссарий терминов.....	45

## Выражение благодарности

В настоящем документе представлено резюме регионального отчета, подготовленного Барселонским офисом ВОЗ по укреплению систем здравоохранения (Испания), который входит в состав Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья (директор – д-р Hans Kluge) Европейского регионального бюро ВОЗ. Авторами документа являются Sarah Thomson, Jonathan Cylus и Tamás Evetovits.

Региональный отчет опирается на данные 25 страновых обзоров, подготовленных национальными экспертами во взаимодействии с Барселонским офисом ВОЗ. Редакторами серии страновых обзоров являются Sarah Thomson, Jonathan Cylus и Tamás Evetovits. Редакторами отдельных страновых отчетов были Marina Karanikolos, Mary MacLennan, Anna Maresso, Paria Mosca, Erica Richardson и Pooja Yerramilli.

В число национальных экспертов вошли:

Австрия: Thomas Czurpionka, Gerald Röhrling, Eva Six  
Албания: Sonila Tomini, Florian Tomini  
Венгрия: Péter Gaál, Ferenc Lindeisz  
Германия: Martin Siegel, Reinhard Busse  
Греция: Michalis Chletsos, Owen O'Donnell  
Грузия: Ketevan Goginashvili, Mamuka Nadareishvili  
Ирландия: Sara Burke, Bridget Johnston, Steve Thomas  
Кипр: Antonis Kontemeniotis, Mamas Theodorou  
Кыргызстан: Baktygul Akkazieva, Melitta Jakab, Jarno Habicht  
Латвия: Maris Taube, Edmunds Vaskis, Oksana Nesterenko  
Литва: Liuba Murauskienė, Sarah Thomson  
Нидерланды: Jelena Arsenijevic, Wim Groot  
Польша: Marzena Tambor, Milena Pavlova  
Португалия: Pedro Pita Barros, Ana Rita Borges  
Республика Молдова: Iuliana Garam, Mariana Zadnipru, Valeriu Doronin, Andrei Matei  
Словакия: Mária Pourgova  
Словения: Eva Zver, Dusan Josar, Andrej Srakar  
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии: Nora Cooke O'Dowd, Stephanie Kumpunen, Holly Holder.  
Турция: Ali Riza Demirbas  
Украина: Алена Горошко, Наталья Шаповал, Таави Лай  
Франция: Damien Bricard  
Хорватия: Luka Vončina, Ivica Rubil  
Чехия: Daniela Kandilaki  
Швеция: Anna Glenngård, Sixten Borg  
Эстония: Andres Võrk, Triin Habicht

ВОЗ выражает благодарность национальным службам статистики за предоставление национальным экспертам доступа к данным обследований бюджетов домохозяйств. Данные о финансовой защите были представлены уполномоченным должностным лицам из отдельных государств-членов в рамках организованной ВОЗ консультации по показателям охвата услугами здравоохранения в 2017 и 2018 гг. ВОЗ выражает искреннюю признательность за предоставленное финансирование Департаменту по международному развитию Соединенного Королевства Великобритании и Северной

Ирландии в рамках программы "Усиление систем здравоохранения в странах", а также правительству автономного сообщества Каталония (Испания).

## Общие сведения

1. Финансовая защита имеет центральное значение для всеобщего охвата населения услугами здравоохранения и является одним из ключевых аспектов деятельности систем здравоохранения. Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" гласит, что "сегодня является недопустимым, чтобы люди оказывались за чертой бедности в результате ухудшения здоровья". Таллиннская хартия содействует реализации принципов социальной справедливости, солидарности, финансовой защиты и улучшения здоровья людей посредством мониторинга, оценки и улучшения результатов деятельности систем здравоохранения.

2. Финансовый и экономический кризис подверг испытанию способность государств-членов в Европейском регионе ВОЗ выполнить те обязательства, которые были приняты ими в Таллинне. Во взаимодействии с Правительством Норвегии ВОЗ организовала два совещания высокого уровня в Осло в 2009 и 2013 гг., чтобы определить пути преодоления трудностей, возникших в связи с кризисом. Кроме того, совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения ВОЗ провела масштабное исследование ответных мер систем здравоохранения в связи с кризисом (Maresso et al., 2015; Thomson et al., 2015). Благодаря этому был получен достаточный объем фактических данных о важности повышения уровня социальной справедливости, солидарности и финансовой защиты во времена экономического кризиса. Исследование также выдвинуло на первый план необходимость проведения своевременного мониторинга результатов деятельности в поддержку реализации стратегических ответных мер.

3. На своей шестьдесят пятой сессии в 2015 г. Европейский региональный комитет ВОЗ принял резолюцию EUR/RC65/R5 о приоритетных задачах в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг., в которой он:

- призвал государства-члены работать над тем, чтобы сделать Европейский регион свободным от приводящих к обеднению прямых платежей за услуги здравоохранения;
- предложил Региональному директору предоставить государствам-членам инструменты и поддержку для проведения мониторинга уровня финансовой защиты населения и выполнения обязательств, вытекающих из Таллиннской хартии;
- предложил Региональному директору в 2018 г. представить отчет о ходе выполнения резолюции, уделив основное внимание вопросу финансовой защиты.

4. Цели в области устойчивого развития (ЦУР), принятые Организацией Объединенных Наций в 2015 г., также призывают к проведению мониторинга и представлению отчетности о финансовой защите, которая является одним из двух показателей достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Резолюция EUR/RC67/R3 о дорожной карте по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на политику Здоровье-2020 призывает ВОЗ оказать поддержку государствам-членам в переходе к всеобщему охвату услугами здравоохранения.

5. В настоящем документе вкратце представлены основные результаты нового исследования уровня финансовой защиты в Европе. Цель исследования – проводить мониторинг уровня финансовой защиты, который обеспечивает получение фактических данных для использования в процессе выработки политики, содействует принятию мер политики, ориентированных на поддержку малоимущих слоев населения, чтобы разорвать связь между бедностью и нездоровьем, а также имеет актуальное значение для всех государств-членов в Регионе. Исследование проводится Барселонским офисом ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, входящим в состав Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, в рамках проекта, охватывающего три направления работы, которые представлены ниже.

- (а) Новые показатели для оценки уровня финансовой защиты: новый подход, опирающийся на общепризнанные методы, был разработан по итогам консультаций с международными экспертами, включая коллег из ВОЗ и Всемирного банка.
- (б) Анализ ситуации на страновом уровне в поддержку процесса разработки национальной политики: более 50 национальных экспертов из 25 стран подготовили серию страновых обзоров, в которых представлена ситуация как в странах с высоким уровнем доходов (Австрия, Венгрия, Германия, Греция, Ирландия, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Польша, Португалия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Франция, Чехия, Швеция и Эстония), так и в странах со средним уровнем доходов (Албания, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Турция, Украина и Хорватия). Для того чтобы облегчить сравнительный анализ данных из разных стран, авторы обзоров придерживались стандартного формата, опирались на аналогичные источники данных и применяли аналогичные методы. Эти обзоры в обязательном порядке проходят независимое коллегиальное рецензирование. Предварительные расчетные показатели уровней финансовой защиты были представлены уполномоченным должностным лицам из отдельных государств-членов в рамках консультации, организованной совместно штаб-квартирой ВОЗ и Региональным бюро в 2017 и 2018 гг. Анализ ситуации на страновом уровне обеспечивает исходные данные для мониторинга уровня финансовой защиты в контексте работы над достижением ЦУР.
- (в) Выводы в отношении политики для всего Европейского региона: окончательные результаты этого исследования – обобщенные фактические данные из 25 стран Европейского региона, включая детальный анализ мер политики, – будут опубликованы в региональном отчете; настоящий документ представляет собой резюме данного отчета.

6. В представленных ниже разделах излагаются предпосылки для проведения мониторинга уровня финансовой защиты в Европейском регионе, вкратце описываются основные результаты исследования и демонстрируется их значение для политики.

## **Финансовая защита: один из ключевых аспектов деятельности систем здравоохранения**

### ***Что представляет собой финансовая защита?***

7. Всеобщий охват услугами здравоохранения призван обеспечить всем людям возможность получения необходимых им качественных услуг здравоохранения без каких-либо финансовых трудностей. Люди испытывают финансовые трудности, когда размер прямых платежей (то есть официальных и неофициальных платежей, осуществляемых в момент получения какого-либо медицинского товара или услуги) слишком велик по отношению к их способности платить за медицинское обслуживание. Даже небольшие прямые платежи могут стать причиной возникновения финансовых трудностей у малоимущих домохозяйств и лиц, которые вынуждены платить за длительное лечение (например, за лекарства для лечения хронических заболеваний). Поскольку прямые платежи в той или иной мере присутствуют во всех системах здравоохранения, обусловленные ими финансовые трудности могут стать проблемой в любой стране мира.

### ***В чем заключается важность финансовой защиты?***

8. В странах, где системы здравоохранения не могут обеспечить достаточный уровень финансовой защиты, у людей может быть недостаточно средств для оплаты услуг здравоохранения или для удовлетворения других базовых потребностей. Отсутствие финансовой защиты может привести к целому ряду негативных последствий для здоровья и экономики и в перспективе может ограничить доступ к услугам здравоохранения, что, в свою очередь, приведет к ухудшению состояния здоровья людей, росту бедности и усугублению проблемы неравенства. Осознавая эту проблему, ВОЗ и Всемирный банк уже давно рассматривают финансовую защиту в качестве одного из основных аспектов, подлежащих анализу в рамках оценки деятельности систем здравоохранения. Финансовая защита была включена в ЦУР в качестве показателя достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения (показатель 3.8.2).

### ***Как оценивается уровень финансовой защиты?***

9. Финансовая защита оценивается при помощи двух общепризнанных показателей.

- (а) Катастрофические расходы на услуги здравоохранения возникают в ситуации, когда размер осуществляемого домохозяйством прямого платежа за услуги здравоохранения превышает заранее установленную долю средств, которую оно способно оплатить, в результате чего домохозяйство может испытывать трудности с удовлетворением других базовых потребностей. Этот показатель оценивается разными способами, при этом для определения способности домохозяйств платить за услуги здравоохранения используются разные количественные величины (см. вставку 1).
- (б) Приводящие к обеднению расходы на услуги здравоохранения дают информацию о влиянии прямых платежей на уровень бедности и оцениваются посредством анализа того, какое положение домохозяйство занимает по отношению к заранее

установленной черте бедности до и после осуществления прямых платежей; домохозяйство считается обедневшим в том случае, если до осуществления прямых платежей уровень его потребления или дохода был выше черты бедности, а после их осуществления опустился ниже черты бедности. Для обозначения черты бедности используются разные количественные показатели.

#### **Вставка 1. Различные подходы к оценке уровня катастрофических расходов на здоровье**

В рамках некоторых исследований прямые расходы на здоровье определяются как катастрофические в том случае, если они превышают определенную процентную долю (например, 10% или 25%) дохода или потребительских расходов домохозяйства. При таком ориентированном на долю бюджета подходе, который используется в рамках ЦУР (показатель 3.8.2), катастрофические расходы, скорее всего, окажутся в большей степени характерными для богатых, чем для бедных (ВОЗ и Всемирный банк, 2015 г.).

В рамках других исследований расходы на здоровье относят к расходам на потребление, вычитая из них затраты на основные потребности. Любой человек вынужден тратить хотя бы минимальную сумму на базовые потребности, такие как питание и жилье, и у бедного домохозяйства на эти затраты уходит большая доля потребительских расходов или дохода, чем у богатого. В результате бедное домохозяйство может быть не в состоянии потратить много средств на услуги здравоохранения или вообще не в состоянии платить за них. Напротив, богатое домохозяйство может потратить 10% или 25% своего бюджета на услуги здравоохранения, и при этом у него останется достаточный объем ресурсов, позволяющий ему избежать финансовых трудностей.

В рамках подходов, ориентированных на наличие у домохозяйства возможности платить за услуги, используются различные методы вычитания расходов на базовые потребности из структуры потребления домохозяйства. Основные различия между этими методами включают: вычитание фактических расходов вместо вычитания стандартной суммы; использование одного наименования или целого набора товаров; метод, применяемый для расчета стандартной суммы; подход к анализу данных о домохозяйствах, где уровень фактических расходов ниже стандартной суммы. В рамках некоторых исследований из структуры потребления домохозяйства вычитаются все фактические расходы на пищевые продукты (Wagstaff & van Doorslaer, 2003). При этом, несмотря на то, что бедные домохозяйства тратят более значительную долю своего бюджета на еду, приобретение пищевых продуктов, вероятно, не является достаточно надежным косвенным показателем недискреционных потребительских расходов. Кроме того, расходы на пищевые продукты отражают имеющиеся у людей предпочтения, а также факторы, связанные с расходами на здоровье: так, домохозяйства, которые тратят меньше средств на пищевые продукты, потому что часть средств им необходимо потратить на услуги здравоохранения, по всей видимости, будут иметь больше возможностей платить за такие услуги, чем те домохозяйства, которые тратят больше средств на продукты питания.

Второй подход, призванный обратить внимание на ту роль, которую предпочтения играют в расходовании средств на пищевые продукты, основывается на вычитании стандартной суммы из общего объема ресурсов домохозяйства, чтобы отразить объем базовых расходов на еду (Xu et al., 2003, 2007). На практике этот подход представляет собой частично скорректированный метод, ориентированный на фактические расходы на продукты питания, поскольку стандартная сумма используется только для тех домохозяйств, которые тратят на пищевые продукты больший объем средств, чем

стандартная сумма. В случае со всеми другими домохозяйствами – вместо более высокой стандартной суммы – из структуры их потребления вычитаются фактические расходы на еду. Следовательно, как подход, ориентированный на фактические расходы на пищевые продукты, так и подход, ориентированный на стандартную сумму, не проводит различий между домохозяйствами, для которых характерен более низкий, чем стандартная сумма, уровень фактических расходов на продукты питания. Тем не менее при использовании подхода, ориентированного на стандартную сумму расходов на пищевые продукты, распространенность катастрофических расходов среди богатых домохозяйств может оказаться меньшей, чем при использовании подхода, ориентированного на фактические расходы на пищевые продукты.

Третий подход предполагает вычитание из структуры потребления суммы, являющейся показателем черты бедности; то есть фактически делается поправка на все базовые потребности (Wagstaff & Eozenou, 2014). В зависимости от используемого значения черты бедности, этот подход может показать, что катастрофические расходы больше распространены среди бедных, чем среди богатых.

Опираясь на второй и третий подходы, Европейское региональное бюро ВОЗ вычитает сумму, отражающую объем расходов на три базовые потребности – еду, жилье (аренда) и коммунальные услуги (Thomson et al., 2016). Бюро последовательно вычитает эту сумму из структуры потребления всех домохозяйств. В результате катастрофические расходы, вероятнее всего, окажутся в большей степени характерными для бедных при использовании данного подхода, чем при использовании других подходов (Cylus et al., в печати).

Источник: составлено на основе данных ВОЗ и Всемирного банка (2017 г.).

## **Дополнительные преимущества исследования, проведенного Региональным бюро**

10. Ниже перечислены дополнительные преимущества, обеспечиваемые за счет проведения данного исследования.

- Заполнение существенного пробела в оценке результатов деятельности систем здравоохранения в Европейском регионе: на момент начала исследования единственным предыдущим анализом ситуации в сфере финансовой защиты населения во многих странах Европейского региона было глобальное исследование с использованием данных за 1990-е годы (Xu et al., 2003, 2007). В 2017 г. ВОЗ и Всемирный банк опубликовали новое глобальное исследование с использованием показателей для Целей в области устойчивого развития, куда вошли результаты вплоть до 2010 г. (ВОЗ и Всемирный банк, 2017 г.). В рамках проводимого Региональным бюро анализа для большинства стран используются более свежие данные за 2014 или 2015 гг.
- Предоставление актуальных данных для всех государств-членов в Регионе: как показал сравнительный анализ ситуации в трех странах с высоким уровнем доходов, опубликованный параллельно с глобальным исследованием 2017 г. (Thomson et al., 2018). Анализ, подготовленный в рамках ранее проведенного глобального исследования, показал неправдоподобно низкий уровень распространенности катастрофических

расходов на услуги здравоохранения во многих странах Европейского региона. В глобальном исследовании за 2017 г. показатель распространенности приводящих к обеднению расходов на здоровье оказался неправдоподобно низким по причине использования международных значений черты бедности, установленных на уровне 1,90 долл. США или 3,10 долл. США в день.

- Использование количественных показателей, имеющих актуальное значение для выработки мер политики: в рамках первого глобального исследования не учитывался характер распределения катастрофических расходов на здоровье между группами населения и не рассматривался вопрос о том, какие именно услуги здравоохранения влекут за собой катастрофические прямые платежи. В глобальном исследовании 2017 г. представлен ряд выводов по итогам анализа распределения расходов, которые говорят о том, что катастрофические расходы на здоровье в большей степени распространены среди богатых, чем среди бедных. Количественные показатели, используемые Региональным бюро, позволяют с большей точностью зафиксировать уровень распространенности финансовых трудностей среди малоимущих граждан. Эти показатели также проливают свет на проблему еще большего обеднения тех лиц, которые вынуждены оплачивать услуги здравоохранения в момент их получения (Thomson et al., 2016; Cylus et al., в печати).
- Формирование базы фактических данных, пригодных для выработки политики: подход к мониторингу основывается на анализе ситуации на уровне стран, что позволяет увязывать полученные результаты с политикой системы здравоохранения. Результаты этого контекстного анализа служат важным дополнением к данным глобального мониторинга, что однозначно признается в глобальном отчете за 2017 г. (ВОЗ и Всемирный банк, 2017 г.).

## **Методы, источники данных и ограничения исследования**

11. В основе проводимого в рамках данного исследования анализа данных о финансовой защите лежит подход, разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ, который опирается на общепризнанные методы оценки уровня финансовой защиты (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Xu et al., 2003). Финансовая защита оценивается при помощи двух основных показателей: катастрофические прямые платежи и приводящие к обеднению прямые платежи. В табл. 1 вкратце представлены ключевые аспекты каждого показателя.

**Таблица 1. Ключевые аспекты катастрофических и приводящих к обеднению прямых платежей**

<b>Катастрофические прямые платежи</b>	
<b>Определение</b>	Доля домохозяйств, осуществляющих <i>прямые платежи</i> , объем которых превышает 40% от той суммы, которую домохозяйство <i>имеет возможность заплатить за услуги здравоохранения</i>
<b>Числитель</b>	Прямые платежи
<b>Знаменатель</b>	Общий объем <i>потребления</i> домохозяйств за вычетом стандартной суммы на удовлетворение базовых потребностей; стандартная сумма на удовлетворение базовых потребностей рассчитывается как средняя сумма, которая тратится на еду, жилье и <i>коммунальные услуги</i> домохозяйствами, находящимися между 25-м и 35-м перцентилем в структуре распределения потребления домохозяйств, с корректировкой на размер и состав домохозяйства.
<b>Детализация</b>	Результаты детализируются по <i>квинтилям</i> , отражающим объем потребления домохозяйств; там, где это необходимо, производится детализация по месту жительства (город/сельская местность), возрасту главы домохозяйства, составу домохозяйства и другим факторам.
<b>Приводящие к обеднению прямые платежи</b>	
<b>Определение</b>	Доля домохозяйств, <i>оказавшихся за чертой бедности</i> или <i>еще более обедневших</i> после осуществления прямых платежей
<b>Черта бедности</b>	<i>Линия базовых потребностей</i> рассчитывается как средняя сумма, которая тратится на еду, жилье и коммунальные услуги домохозяйствами, находящимися между 25-м и 35-м перцентилем в структуре распределения потребления домохозяйств, с корректировкой на размер и состав домохозяйства.
<b>Зафиксированные параметры бедности</b>	Доля домохозяйств, которые еще больше обеднели, оказались за чертой бедности или подвергаются <i>рisku обеднения после осуществления прямых платежей</i> , а также доля домохозяйств, которые не подвергаются риску обеднения после осуществления прямых платежей.
<b>Детализация</b>	Результаты могут быть детализированы по квинтилям, отражающим объем потребления домохозяйств, и при необходимости по другим параметрам.

Примечание: см. глоссарий, где приведены определения терминов, выделенных курсивом.  
Источник: Thomson et al. (2018).

12. В исследовании используются анонимные микроданные, полученные в рамках обследований бюджетов домохозяйств. В рамках этих обследований оцениваются затраты домохозяйств на приобретение товаров и услуг на протяжении определенного периода времени; исследования также включают информацию о характеристиках домохозяйств. Большинство государств-членов в Регионе проводят обследования бюджетов домохозяйств на регулярной основе (Yerramilli et al., 2018).

13. Доступ к данным обследований был предоставлен национальным экспертам национальными службами статистики; в большинстве случаев в рамках исследования использовались самые последние из имеющихся данных. С учетом того, что структура и методы проведения обследования бюджетов домохозяйств могут отличаться от страны к стране, результаты сравнительного анализа следует интерпретировать с определенной долей осторожности (Евростат, 2015 г.).

14. Расходы домохозяйств на здоровье – прямые платежи – это официальные и неофициальные платежи, осуществляемые людьми в момент получения какого-либо медицинского товара или услуги, независимо от типа поставщика такого товара или

услуги. Такие затраты, как правило, включают: плату за консультацию, плату за лекарства и другие предметы медицинского назначения, плату за лабораторные анализы и диагностику, платежи, осуществляемые во время госпитализации, а также расходы на альтернативную или народную медицину. При этом они не включают расходы на проезд, связанный с получением услуг здравоохранения, или расходы на специальное питание, равно как и расходы, возмещаемые государством, фондами медицинского страхования или частными страховыми компаниями.

15. Ограничение, свойственное любому анализу уровня финансовой защиты, заключается в том, что в рамках такого анализа оценивается уровень финансовых трудностей, которые возникают у домохозяйств, пользующихся услугами здравоохранения, но при этом упускаются из виду финансовые барьеры для доступа, которые приводят к появлению неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения. По этой причине Региональное бюро систематически использует данные анализа неудовлетворенных потребностей, если таковые имеются в наличии, чтобы дополнить ими данные анализа уровня финансовой защиты (см. вставку 2).

#### **Вставка 2. Неудовлетворенные потребности в услугах здравоохранения**

Показатели финансовой защиты позволяют выявить наличие финансовых трудностей у людей, которые вынуждены осуществлять прямые платежи за полученные услуги здравоохранения. При этом данные показатели не говорят о том, создают ли прямые платежи барьеры для доступа, приводящие к появлению неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения. Наличие неудовлетворенных потребностей является показателем доступа и определяется как ситуация, в которой люди нуждаются в услугах здравоохранения, но не получают их из-за наличия барьеров для доступа.

Информация об использовании услуг здравоохранения или неудовлетворенных потребностях не собирается в плановом порядке в рамках обследований бюджетов домохозяйств, результаты которых используются для анализа показателей финансовой защиты. Эти обследования показывают, какие домохозяйства не осуществляли прямых платежей, но не объясняют почему. Возможно, домохозяйства, не осуществляющие прямых платежей, не нуждаются в услугах здравоохранения, возможно, они освобождены от официальных платежей за пользование услугами, а возможно, они сталкиваются с барьерами для доступа к необходимым им услугам здравоохранения.

Результаты анализа показателей финансовой защиты, в рамках которого не принимаются во внимание данные о неудовлетворенных потребностях, могут быть неправильно истолкованы. В стране может наблюдаться относительно низкая распространенность катастрофических прямых платежей, потому что многие люди не пользуются услугами здравоохранения из-за их ограниченной доступности или из-за наличия других барьеров для доступа. С другой стороны, реформы, приводящие к повышению показателей использования услуг, могут увеличить объем осуществляемых людьми прямых платежей (например, посредством официальных платежей, возлагаемых на пользователей услуг), в случае если не будут приняты соответствующие защитные меры. В подобных ситуациях реформы могут расширять доступ к услугам здравоохранения, усугубляя при этом финансовые трудности.

В рамках страновых обзоров используются данные анализа неудовлетворенных потребностей, чтобы дополнить ими данные анализа уровня финансовой защиты. Авторы обзоров также заостряют внимание на изменении доли и структуры распределения домохозяйств, которые не осуществляют прямые платежи. Если

повышение доли домохозяйств, которые не осуществляют прямые платежи, нельзя объяснить изменениями в системе здравоохранения (например, принятием усиленных мер с целью защиты определенных домохозяйств), такое повышение может быть обусловлено увеличением числа неудовлетворенных потребностей.

Государства-члены Европейского союза на ежегодной основе собирают данные о неудовлетворенных потребностях в медицинской и стоматологической помощи через базу данных "Статистика Европейского союза по уровням дохода и условиям жизни (EU-SILC)". Несмотря на то, что этот важный источник данных не обладает объяснительной силой, а возможности его использования для целей сравнения данных весьма ограничены из-за различий в используемых странами форматах отчетности, он весьма полезен как инструмент выявления временных тенденций в странах (Agora et al., 2015; EHPH, 2016, 2017).

Государства-члены ЕС также собирают данные о неудовлетворенных потребностях при помощи Европейского обследования показателей здоровья методом интервью (EHIS), которое проводится примерно раз в пять лет. Второй раунд данного обследования был проведен в 2014 г. Проведение третьего раунда намечено на 2019 г.

Если EU-SILC является источником данных о доле населения в возрасте старше 16 лет, у которого имеются неудовлетворенные потребности, то EHIS служит источником информации о неудовлетворенных потребностях у лиц, которые сообщают о наличии у них потребностей в получении помощи. В рамках EHIS людей также спрашивают о наличии у них неудовлетворенных потребностей в лекарственных средствах, отпускаемых по рецепту.

Источник: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.

## **Сравнение уровней финансовой защиты в разных странах Европы**

### ***Какое число домохозяйств сталкивается с финансовыми трудностями?***

16. Распространенность катастрофических прямых платежей колеблется в диапазоне от 1% до 15% домохозяйств в странах, охваченных исследованием Регионального бюро (рис. 1). Распространенность прямых платежей, приводящих к обеднению и дальнейшему обнищанию людей, колеблется в диапазоне от 0,3% до 8,2% домохозяйств (рис. 2). Обеднение домохозяйства наступает в том случае, если после осуществления прямых платежей общий уровень расходов домохозяйства опускается ниже черты бедности. Дальнейшее обнищание домохозяйства происходит в том случае, если оно уже относится к категории бедных домохозяйств и вынуждено продолжать оплачивать услуги за свой счет.

### ***Кто испытывает финансовые трудности?***

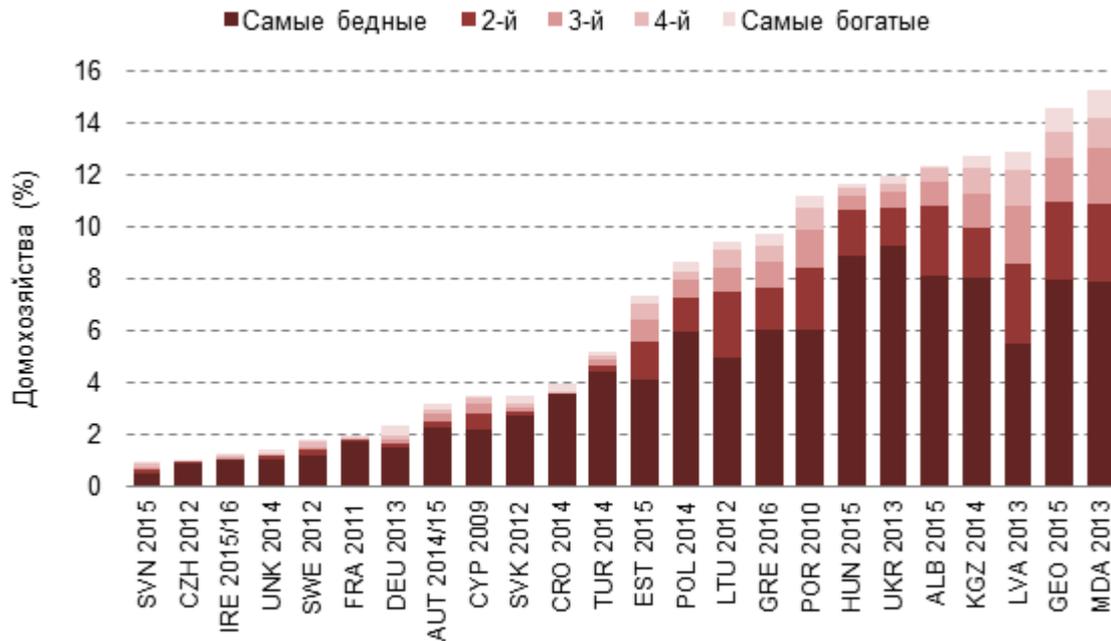
17. Во всех странах, охваченных исследованием, катастрофические прямые платежи в наибольшей степени характерны для квинтиля самых бедных потребителей (рис. 1). Обзоры ситуации в отдельных странах служат источником более детальных данных о характеристиках домохозяйств, осуществляющих катастрофические прямые платежи.

Во многих странах, включая Австрию, Германию, Ирландию, Латвию, Литву и Эстонию, значительная распространенность катастрофических расходов на здоровье отмечается среди лиц старше 60 лет. При этом в Германии такие расходы в большей степени распространены среди людей, получающих социальные пособия или зависящих от дохода супруга или супруги, чем среди пенсионеров, тогда как в Хорватии и Литве они весьма распространены среди бездетных домохозяйств. В то же время в Соединенном Королевстве катастрофические расходы весьма часто встречаются среди молодежи и домохозяйств с детьми. Эти различия между странами в структуре распространенности катастрофических расходов указывают на то, как важно иметь возможность выявлять наиболее уязвимых лиц в разных возрастных группах и в разных группах по уровню доходов.

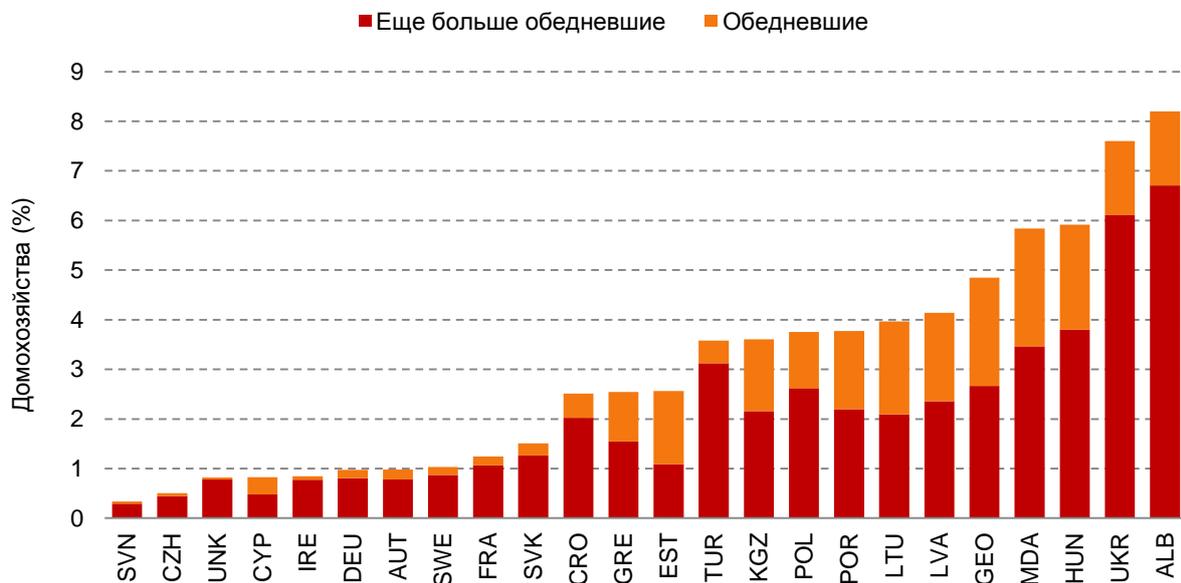
### ***Какие услуги здравоохранения приводят к финансовым трудностям?***

18. В охваченных исследованием странах с более слабой системой финансовой защиты катастрофические прямые платежи чаще связаны с приобретением лекарственных средств для амбулаторного лечения, а в странах с более сильной системой финансовой защиты – с оплатой стоматологических услуг (рис. 3). Внутри стран наблюдается аналогичная картина: среди менее обеспеченных домохозяйств катастрофические прямые платежи чаще бывают связаны с приобретением лекарственных средств для амбулаторного лечения, тогда как среди более обеспеченных домохозяйств такие платежи чаще бывают связаны с оплатой стоматологических услуг (рис. 3). Данные о неудовлетворенных потребностях указывают на то, что бедные люди реже обращаются за стоматологической помощью, чем богатые люди (Евростат, 2018 г.), что также подчеркивает важность объединенного анализа данных об уровне финансовой защиты и неудовлетворенных потребностях.

**Рисунок 1. Доля домохозяйств, осуществляющих катастрофические прямые платежи, в разбивке по потребительским квинтилям (по сост. на последний год, за который имеются данные)**



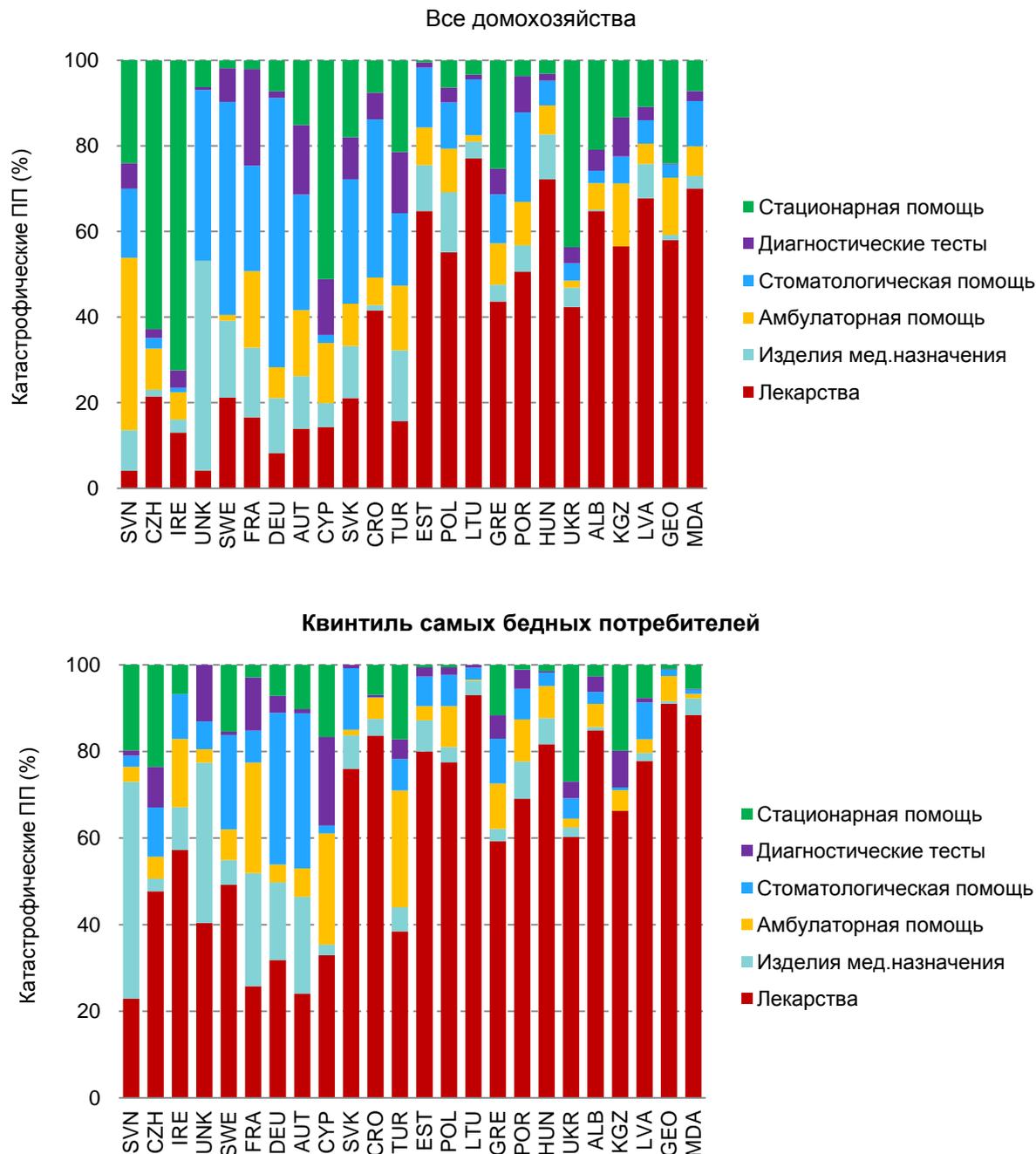
**Рисунок 2. Доля домохозяйств, оказавшихся за чертой бедности или еще более обедневших после осуществления прямых платежей (по сост. на последний год, за который имеются данные)**



Примечание: годы те же, что и на рис. 1.

Источник: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.

**Рисунок 3. Катастрофические прямые платежи в разбивке по видам услуг здравоохранения**



Примечания: ПП – прямые платежи. Диагностические тесты включают другие парамедицинские услуги. Медицинская продукция включает нелекарственную продукцию и оборудование. Домохозяйства ранжированы по уровню распространенности катастрофических прямых платежей (от самого низкого к самому высокому). Годы те же, что и на рис. 1.

Источник: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.

## **Факторы, повышающие уровень финансовой защиты населения**

19. Системам здравоохранения с сильным механизмом финансовой защиты свойственны следующие общие черты:

- низкий уровень прямых платежей – не более 15% от общей суммы расходов на здравоохранение;
- высокий уровень государственных расходов на здравоохранение по отношению к валовому внутреннему продукту (ВВП) – это тесно связано с тем первостепенным значением, которое отведено здравоохранению в рамках государственного бюджета;
- политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения тщательно продумана, чтобы свести к минимуму прямые платежи; кроме того, внедрены механизмы для защиты малоимущих граждан и других уязвимых групп от официальных платежей, возлагаемых на пользователей услуг (сооплата);
- низкий уровень неудовлетворенных потребностей в услугах медицинской и стоматологической помощи, при минимальном уровне неравенства в показателях распространенности неудовлетворенных потребностей среди различных групп населения.

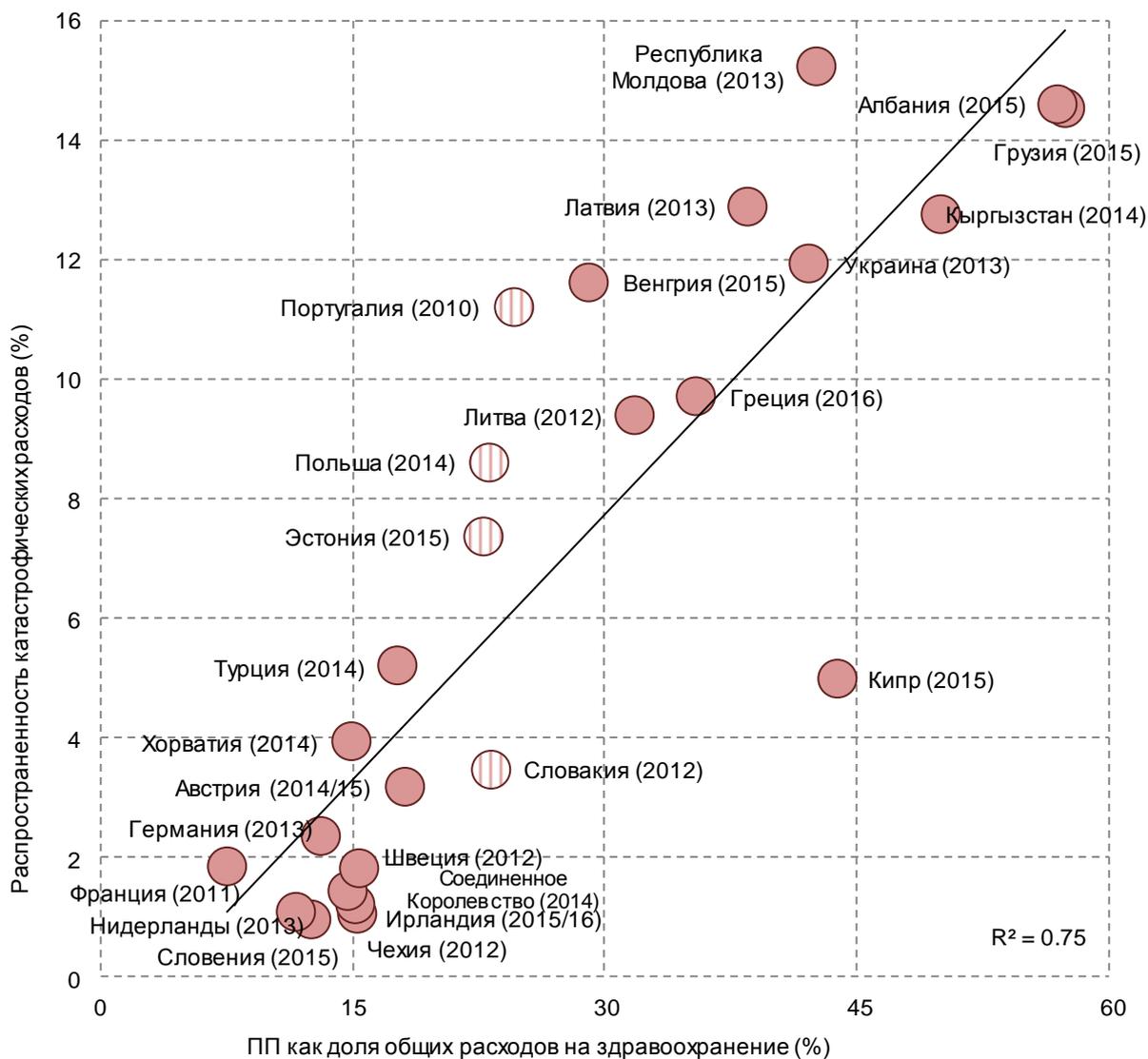
## **Уровень финансовой защиты выше там, где отмечается низкий уровень прямых платежей**

20. Распространенность катастрофических прямых платежей растет по мере увеличения доли прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение (рис. 4). Их распространенность, как правило, находится на низком уровне в странах, где доля прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение составляет около или менее 15%.

21. Отмечается довольно сильная взаимосвязь между распространенностью катастрофических расходов и долей прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение, однако здесь также имеет значение выбор соответствующих мер политики. Например, в Польше, Португалии, Словакии и Эстонии (выделены другим цветом на рис. 4) доля прямых платежей составляет примерно 23% от общей суммы расходов на здравоохранение, однако показатели распространенности катастрофических расходов на услуги здравоохранения в этих странах значительно отличаются друг от друга, колеблясь в диапазоне от 3,5% до 11,2%.

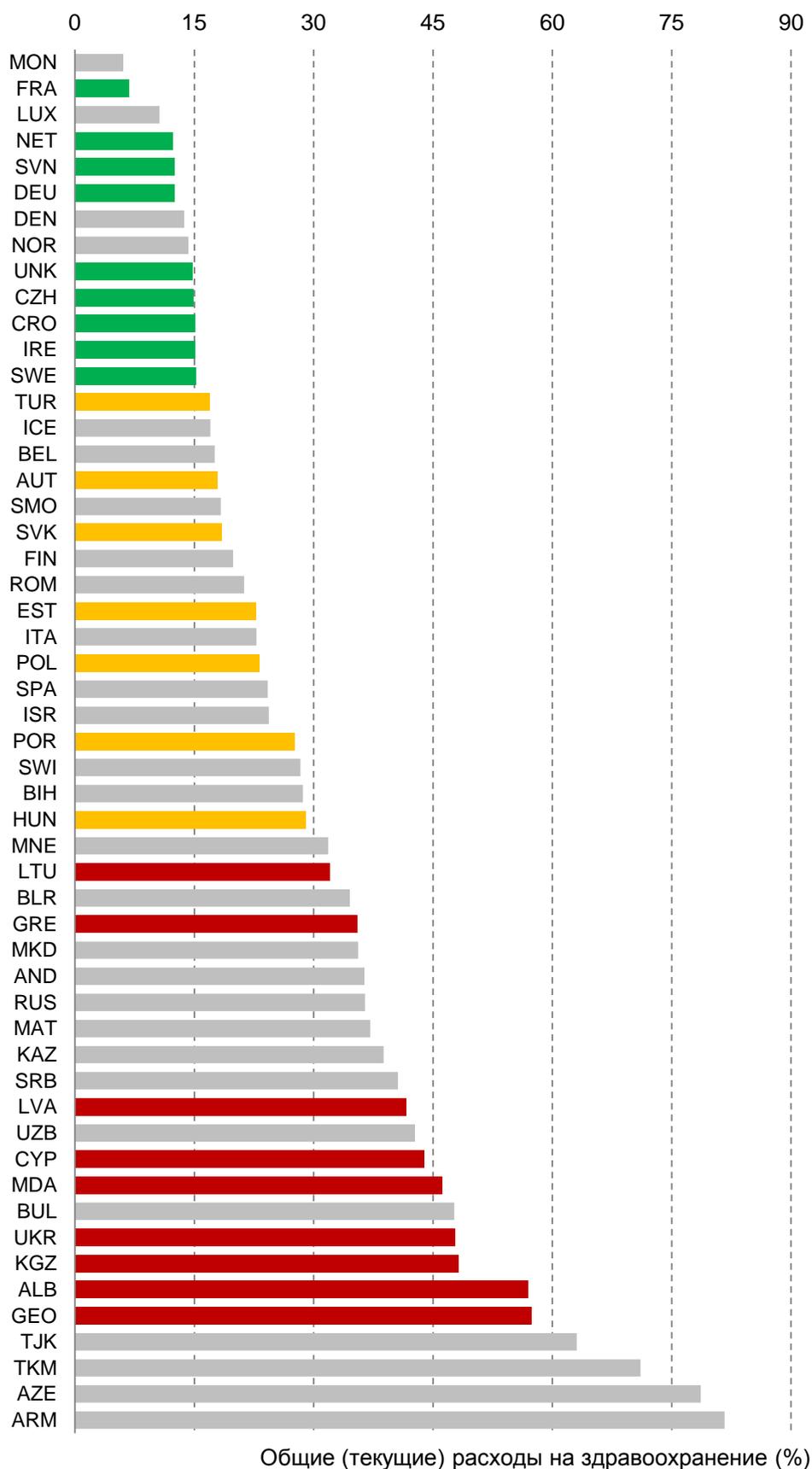
22. На рис. 5 показаны различия в доле прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение в Регионе.

**Рисунок 4. Распространенность катастрофических расходов на услуги здравоохранения и доля прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение (по сост. на последний год, за который имеются данные)**



Примечания: ПП – прямые платежи. Данные о прямых платежах приведены по состоянию на тот же год, что и данные о распространенности катастрофических расходов. Под расходами на здравоохранение понимаются текущие расходы. Годы те же, что и на рис. 1.  
Источники: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения; ВОЗ (2018 г.).

**Рисунок 5. Доля прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение, Европейский регион ВОЗ (2015 г.)**



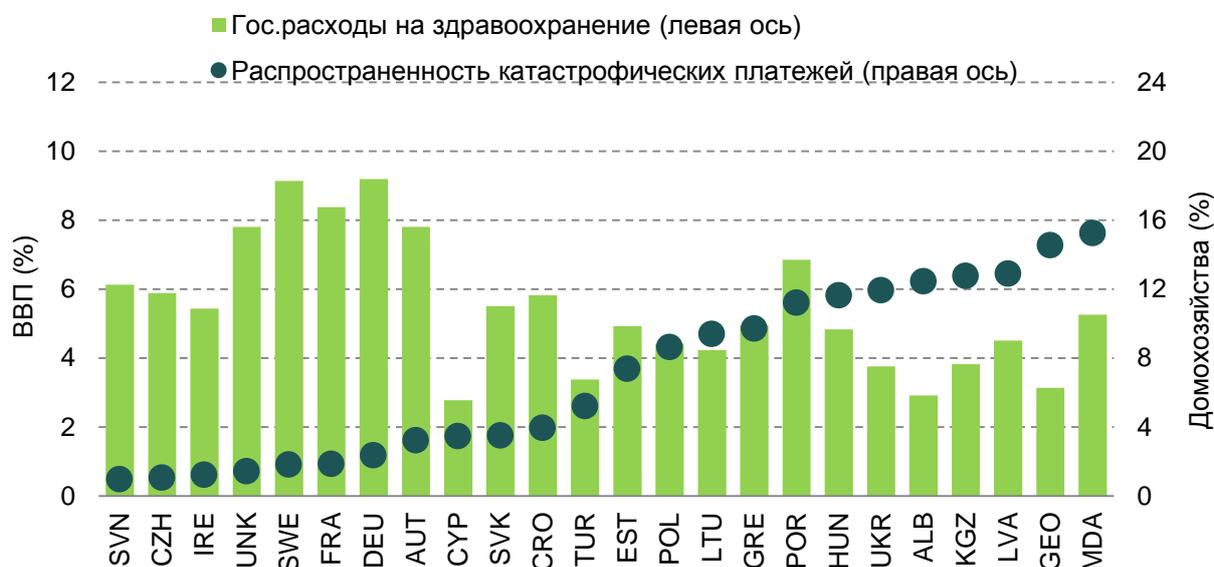
Примечание: под общими расходами понимаются текущие расходы на здравоохранение. Цветными столбиками обозначены страны, участвовавшие в исследовании. Зеленый цвет: страны, где прямые платежи составляют 15% или менее от общей суммы расходов на здравоохранение. Желтый: страны с уровнем прямых платежей в диапазоне от 15% до 30%. Красный: страны, где уровень прямых платежей превышает 30%.  
Источник: ВОЗ (2018 г.).

## **Уровень финансовой защиты выше там, где отмечается высокий уровень государственных расходов на здравоохранение**

23. Существует взаимосвязь между долей прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение и долей ВВП, которую страны направляют на государственное финансирование здравоохранения. Уровень государственных расходов на здравоохранение как доля ВВП напрямую зависит от объема государственного бюджета по отношению к ВВП (бюджетно-финансовые возможности) и от того, какое значение отводится финансированию сектора здравоохранения при распределении средств государственного бюджета.

24. На рис. 6 показано, что государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП зачастую бывают выше в странах с более высоким уровнем финансовой защиты. Взаимосвязь между распространностью катастрофических прямых платежей и уровнем государственных расходов на здравоохранение не настолько сильна, как в случае с долей прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение (рис. 4). Опять-таки имеются исключения, которые подчеркивают важность выбора в пользу соответствующих мер политики, а также обеспечения соответствующего уровня расходов.

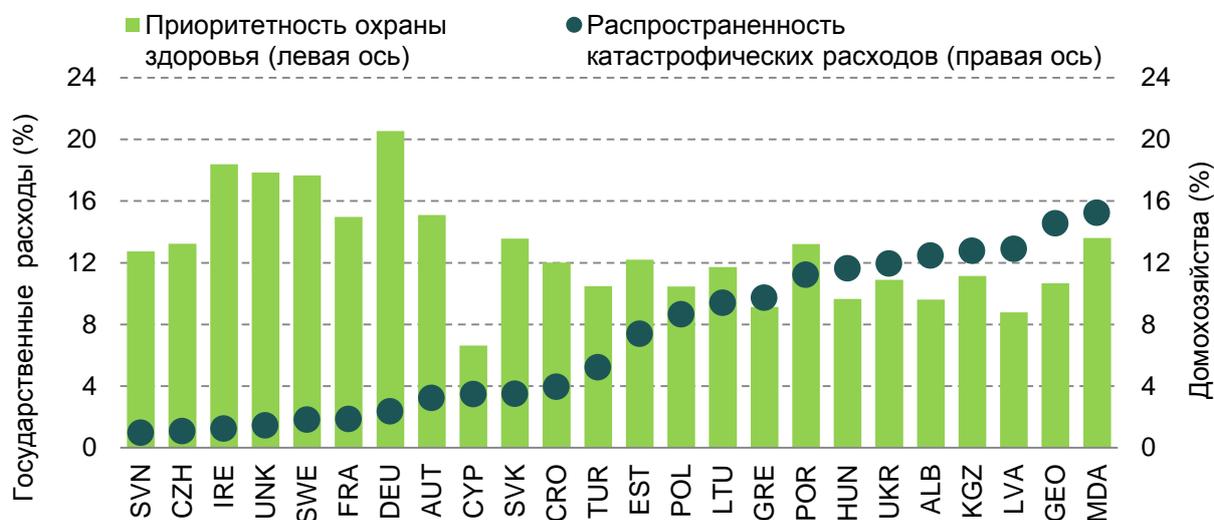
**Рисунок 6. Государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП и доля домохозяйств, осуществляющих катастрофические прямые платежи**



Примечание: страны ранжированы по уровню распространенности катастрофических прямых платежей (от самого низкого к самому высокому). Под государственными расходами понимаются все обязательные механизмы финансирования. Примечание: под расходами понимаются текущие расходы на здравоохранение. Данные о государственных расходах на здравоохранение приведены по состоянию на тот же год, что и данные о распространенности катастрофических прямых платежей (см. рис. 1).  
Источники: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения; ВОЗ (2018 г.).

25. Объем государственного бюджета зависит от политики налогообложения. Министры здравоохранения также должны участвовать в обсуждении этих вопросов. Однако зачастую их влияние в большей степени проявляется при решении вопроса о том, какая доля средств государственного бюджета будет выделена системам здравоохранения. Эта доля бюджета (часто отражающая то значение, которое отводится сфере здравоохранения), как правило, выше в тех странах, где выше уровень финансовой защиты населения (рис. 7).

**Рисунок 7. Государственные расходы на здравоохранение как процент от общих государственных расходов и процент домохозяйств, осуществляющих катастрофические прямые платежи**



Примечание: страны ранжированы по уровню распространённости катастрофических прямых платежей (от самого низкого к самому высокому). Под государственными расходами понимаются все обязательные механизмы финансирования. Данные о государственных расходах на здравоохранение приведены по состоянию на тот же год, что и данные о распространённости катастрофических прямых платежей (см. рис. 1).

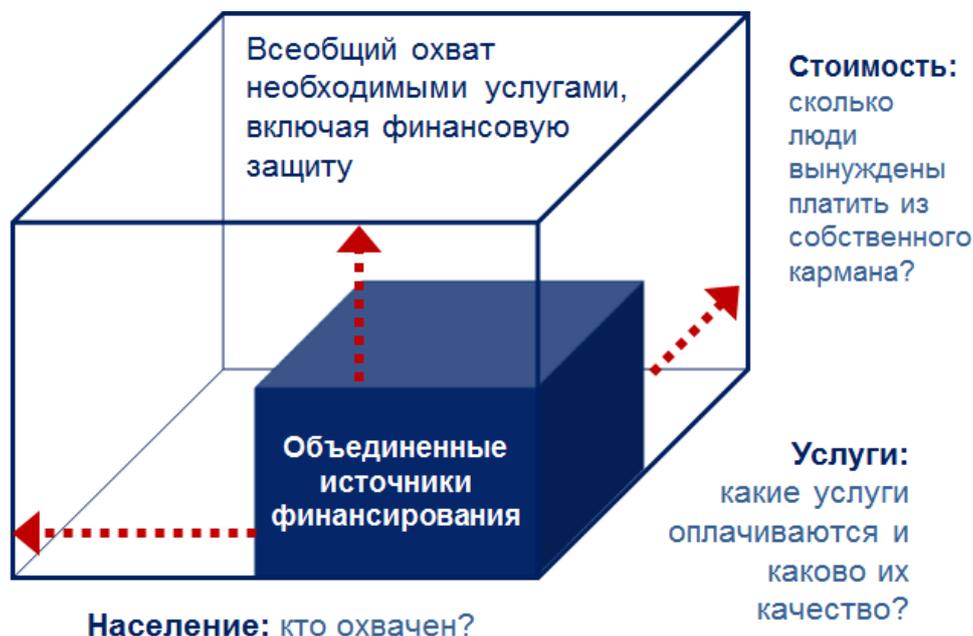
Источники: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения; ВОЗ (2018 г.).

### **Уровень финансовой защиты выше там, где политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения тщательно продумана**

26. Уровень финансовой защиты выше там, где политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения тщательно продумана, чтобы свести к минимуму прямые платежи, и где внедрены механизмы для защиты малоимущих граждан и других уязвимых групп от официальных платежей, возлагаемых на пользователей услуг (сооплата).

27. Как показано на рис. 8, охват услугами здравоохранения включает три аспекта: население, услуги и стоимость.

Рисунок 8. Три аспекта всеобщего охвата услугами здравоохранения



Источник: по материалам ВОЗ (2010 г.).

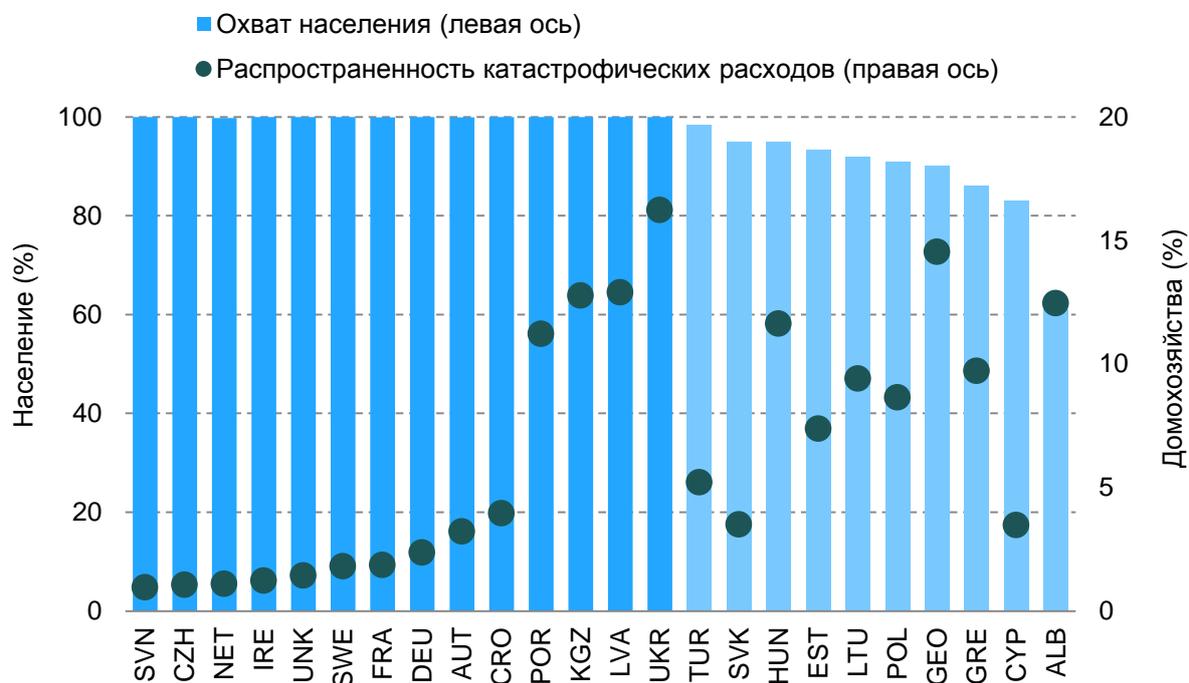
### **Право населения**

28. Проведенный Региональным бюро анализ говорит о том, что предоставление населению права пользоваться услугами здравоохранения, финансируемыми за счет государства, является необходимым условием финансовой защиты, но не гарантирует ее. Как показано на рис. 9, в странах, обеспечивающих всеобщий или почти всеобщий охват населения (обозначены темно-голубым цветом), отмечаются различные уровни распространенности катастрофических прямых платежей.

29. Страны, где обеспечен всеобщий охват населения услугами, как правило, увязывают право на получение услуг с наличием гражданства или вида на жительство. В то же время многие страны, где отмечаются более низкие уровни охвата населения (отмечены светло-голубым цветом) и в целом более высокие показатели распространенности катастрофических прямых платежей, увязывают право на получение услуг со статусом занятости или уплатой социальных взносов; при этом у них отсутствуют эффективные механизмы для обеспечения уплаты взносов или для защиты уязвимых групп (например длительно безработных).

30. Некоторые страны, где отмечаются более низкие уровни охвата населения, увязывают право на получение финансируемых государством услуг с уровнем дохода домохозяйств (например Кипр). Относительно низкая распространенность катастрофических прямых платежей на Кипре отражает практику ограниченного использования механизма сооплаты.

**Рисунок 9. Доля населения, имеющего право на получение услуг здравоохранения, финансируемых за государственный счет, и доля домохозяйств, осуществляющих катастрофические прямые платежи**

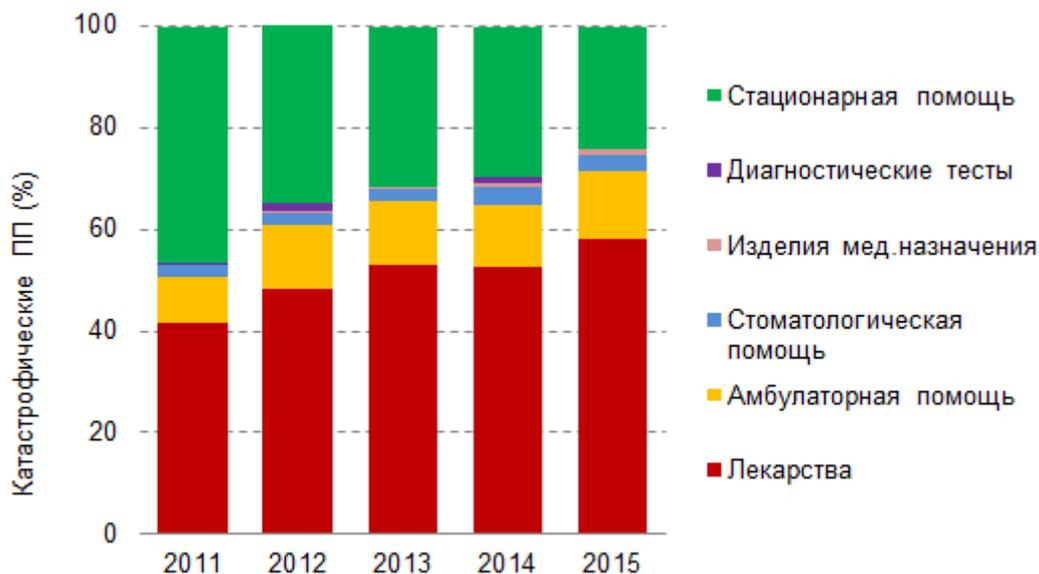


Примечания: страны ранжированы по доле охваченного населения (от самой низкой к самой высокой) и уровню распространенности катастрофических прямых платежей (от самого низкого к самому высокому). Данные об охвате приведены по состоянию на тот же год, что и данные о распространенности катастрофических прямых платежей (см. рис. 1). Для всех стран, за исключением Албании, Грузии, Кипра, Кыргызстана, Латвии, Украины и Хорватии, используются данные об охвате, собираемые ОЭСР.

Источники: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения; ОЭСР (2018 г.).

31. Одно из наиболее значительных расширений охвата, произошедших за последние несколько лет, демонстрирует, почему наличие у населения права на получение оплачиваемых государством услуг не гарантирует финансовой защиты. Грузия увеличила долю населения, имеющего право на использование финансируемых государством услуг здравоохранения, с 20% в 2011 г., 45% в 2012 г. и 85% в 2013 г. до более чем 90% в 2014 г. Распространенность катастрофических прямых платежей снизилась в 2012 и 2013 гг., но вновь выросла в 2014 и 2015 гг. (Goginashvili & Nadareishvili, в печати). Поскольку больше людей были охвачены государственной системой, увеличилось число лиц, которые смогли пользоваться услугами здравоохранения, и уровень неудовлетворенных потребностей снизился, что привело к значительному улучшению показателей доступа к медицинской помощи, в частности — к стационарной помощи. При этом лекарства для амбулаторного лечения не были включены в новую, финансируемую государством систему льгот; многие люди также были вынуждены вносить существенную сооплату за многие услуги, предоставляемые за счет государства в рамках новой системы. Расширение охвата значительно повысило уровень финансовой защиты стационарных больных, но не повысило уровень финансовой защиты пациентов, приобретающих лекарственные средства для амбулаторного лечения.

**Рисунок 10. Катастрофические прямые платежи в разбивке по видам услуг здравоохранения в Грузии**



Примечания: ПП – прямые платежи. Диагностические тесты включают другие парамедицинские услуги. Медицинская продукция включает нелекарственную продукцию и оборудование.  
Источник: Goginashvili & Nadareishvili (в печати).

### **Охват услугами**

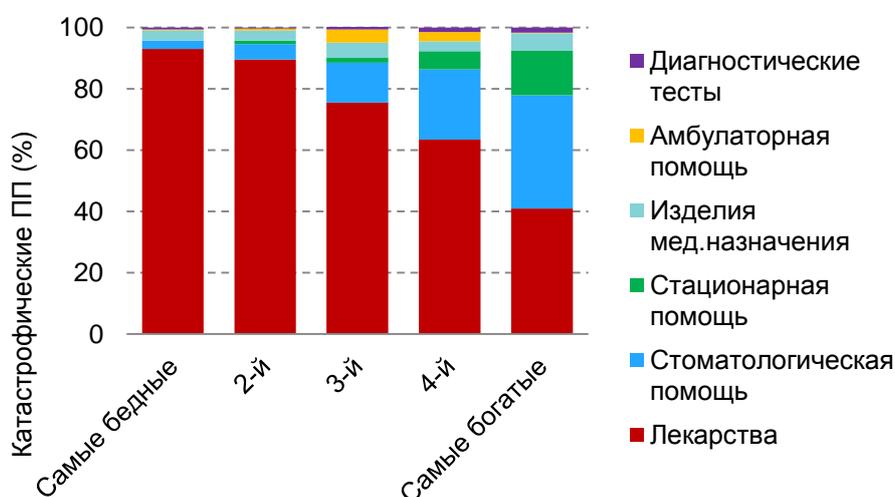
32. Важное значение для финансовой защиты также имеет масштаб и качество охвата услугами, т.е. финансируемая государством система льгот. Нелегко сравнивать показатели масштаба охвата услугами в разных странах, поскольку обычно государства не определяют детально весь комплекс включенных в систему льгот; при этом очевидно, что в большинстве стран, участвовавших в исследовании, самые большие пробелы в охвате касаются оплаты стоимости лекарств для амбулаторного лечения и услуг стоматологической помощи. В ряде стран в перечни основных лекарственных средств не внесены наиболее эффективные с точки зрения затрат лекарственные средства и товары медицинского назначения, используемые для лечения неинфекционных заболеваний.

33. По всей вероятности, недостаточный масштаб и недостаточное качество охвата услугами по-разному сказываются на разных группах населения, становясь причиной финансовых трудностей у более обеспеченных домохозяйств, которые могут платить за услуги "из собственного кармана", но при этом приводя к появлению неудовлетворенных потребностей у менее обеспеченных домохозяйств, которые отказываются от обращения за медицинской помощью или откладывают ее получение. Это наглядно проиллюстрировано на рис. 11 на примере Литвы, где услуги стоматологической помощи для взрослого населения не оплачиваются за счет государства. Среди самых бедных домохозяйств отмечается практически нулевой уровень катастрофических расходов на услуги стоматологической помощи, тогда как среди самых богатых домохозяйств такие расходы составляют более одной трети общего числа катастрофических расходов (Murauskienė & Thomson, 2018). Данные EU-SILC демонстрируют, что в том же году менее 2% самых богатых домохозяйств в

Литве сообщили о наличии у них неудовлетворенных потребностей в стоматологической помощи, тогда как среди самых бедных домохозяйств эта цифра составила 8% (Евростат, 2018 г.).

34. Такого рода пробелы в охвате услугами, приводящие к появлению финансовых трудностей у богатых и неудовлетворенных потребностей у бедных, скорее всего, будут наиболее очевидны на примере профилактических услуг. Это подчеркивает важность того, чтобы такие услуги систематически включались в финансируемую государством систему льгот и чтобы люди, которые не охвачены такими услугами, имели доступ к первичной медико-санитарной помощи (включая профилактику), а не только к услугам неотложной помощи.

**Рисунок 11. Катастрофические прямые платежи в разбивке по видам услуг здравоохранения и потребительским квинтилям в Литве (2012 г.)**



Примечания: ПП – прямые платежи. Диагностические тесты включают другие парамедицинские услуги. Медицинская продукция включает нелекарственную продукцию и оборудование.  
Источник: Murauskienė & Thomson (2018 г.).

### **Официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг**

35. Официальные платежи, возлагаемые на пользователей, могут создавать барьеры для доступа к услугам здравоохранения. Перекладывая бремя расходов на медицинскую помощь на домохозяйства, такие платежи могут также приводить к появлению у домохозяйств финансовых трудностей. То, каким образом будет сформулирована политика в отношении официальных платежей за пользование услугами, играет решающую роль в определении уровня прямых платежей за услуги здравоохранения, предоставляемые за счет государства, а также характера распределения этих платежей. Исследование Регионального бюро показало, что страны с самым высоким уровнем финансовой защиты тщательно переформулировали свою политику в отношении официальных платежей, возлагаемых на пользователей, чтобы защитить их от финансовых трудностей при помощи трех основных механизмов:

- использование низких фиксированных сумм сооплаты вместо сооплаты в виде определенного процента от полной стоимости;

- освобождение от оплаты малоимущих граждан и лиц, которым нужно регулярно пользоваться услугами здравоохранения;
- введение лимитов на все виды сооплаты на человека в год;

36. Связь между распространенностью катастрофических расходов и структурой механизма сооплаты проиллюстрирована на рис. 12.

**Рисунок 12. Распространенность катастрофических расходов и структура механизма сооплаты стоимости лекарств для амбулаторных больных в странах с высоким уровнем доходов**



Примечания: ПП – прямые платежи. ДМС – добровольное медицинское страхование.  
Источник: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.

37. Использование низких фиксированных сумм сооплаты вместо сооплаты в виде определенного процента от полной стоимости: когда сооплата начисляется в виде определенного процента от полной стоимости, люди вынуждены оплачивать часть стоимости получаемой ими услуги "из собственного кармана". У сооплаты в виде определенного процента от стоимости есть несколько недостатков: степень давления прямых платежей на бюджет граждан будет зависеть от стоимости и количества необходимых им услуг; если точная цена не известна заранее, люди могут быть не уверены в том, сколько им придется заплатить "из собственного кармана"; лица, страдающие заболеваниями, которые требуют более дорогих видов лечения, будут вынуждены платить за лечение больший объем собственных средств, чем лица с заболеваниями, лечение которых стоит дешевле, и это может быть воспринято как проявление несправедливости.

38. Несмотря на эти недостатки, многие страны в Европейском регионе используют сооплату в виде определенного процента от стоимости, в частности – применительно к лекарственным средствам для амбулаторных больных. Отрицательный эффект от применения этого вида сооплаты усиливается:

- при значительных различиях в ценах, как это бывает в случае с лекарственными средствами;
- при лечении пациентов, страдающих заболеваниями, которые требуют применения более дорогих лекарств;
- при относительно высоких ценах на лекарственные средства (например по причине ненадлежащего регулирования);
- в ситуации, когда от врачей и фармацевтов не требуют назначать и отпускать более дешевые альтернативы (например препараты-генерики) или когда у них нет стимулов делать это.

39. Несколько стран с высоким уровнем доходов, участвовавших в исследовании Регионального бюро, используют фиксированные суммы сооплаты стоимости лекарственных средств для амбулаторных больных (рис. 12), повышая тем самым прозрачность и справедливость осуществляемых платежей и уровень финансовой защиты населения. На рис. 4 показаны различия в уровнях распространенности катастрофических прямых платежей в четырех странах с одинаковой долей прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение, при этом в Словакии отмечается относительно низкая, а в Польше, Португалии и Эстонии – значительно более высокая распространенность таких платежей, несмотря на то, что Португалия тратит на здравоохранение больше, чем другие страны, и отличается большим объемом государственных расходов. В этих четырех странах наблюдаются аналогичные уровни доходов и бедности и лишь одно очевидное различие в политике охвата населения услугами здравоохранения: в Словакии используются очень низкие фиксированные суммы сооплаты стоимости лекарственных средств для амбулаторных больных (рис. 12), тогда как другие три страны, напротив, используют сооплату в виде процента от стоимости с ограниченным числом исключений из данной нормы и без каких-либо лимитов на такие платежи (Pita Barros & Borges, в печати; Rougova, в печати; Tambor & Pavlova, в печати; Vörk & Nabicht, 2018).

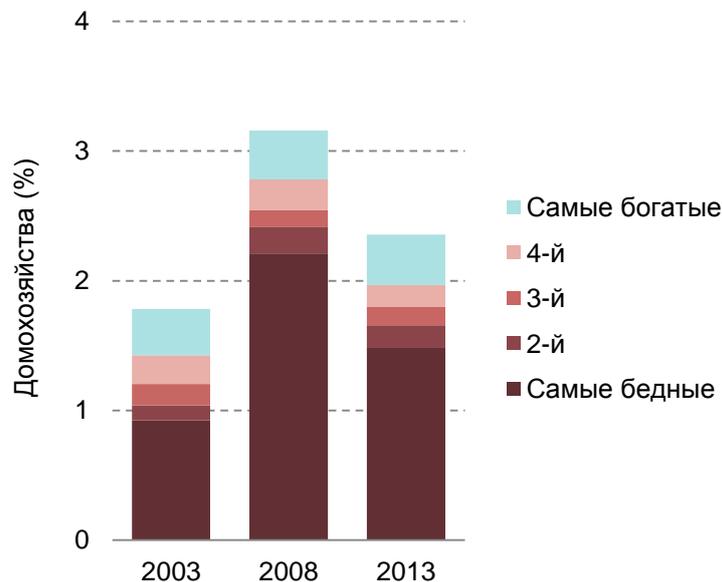
40. Освобождение от оплаты малоимущих граждан и лиц, которым нужно регулярно пользоваться услугами здравоохранения: несмотря на наличие убедительных и последовательных доказательств того, что официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг, оказывают чрезмерно негативное воздействие на бедные домохозяйства и лиц, которым нужно регулярно пользоваться услугами здравоохранения (Swartz, 2010), очень мало стран в Европейском регионе однозначно освобождают эти группы населения от необходимости внесения сооплаты. Только пять стран с высоким уровнем доходов, участвовавших в исследовании Регионального бюро, освобождают малоимущих граждан от внесения сооплаты за лекарства для амбулаторного лечения; во всех пяти странах отмечается низкая распространенность катастрофических расходов на здоровье (рис. 12).

41. В одной из этих стран (Соединенное Королевство), где наблюдается очень низкий уровень распространенности катастрофических расходов (1,4% в 2014 г.), лица, которым нужно регулярно пользоваться услугами здравоохранения (люди в возрасте старше 60 лет и люди, страдающие хроническими заболеваниями), освобождены от сооплаты стоимости назначаемых им лекарственных средств; эта норма также распространяется на малоимущих граждан, детей, не достигших 18-летнего возраста, и беременных женщин. В

результате около 90% всех лекарств, назначаемых амбулаторным больным в Англии, отпускаются без сооплаты (Cooke O'Dowd et al., 2018).

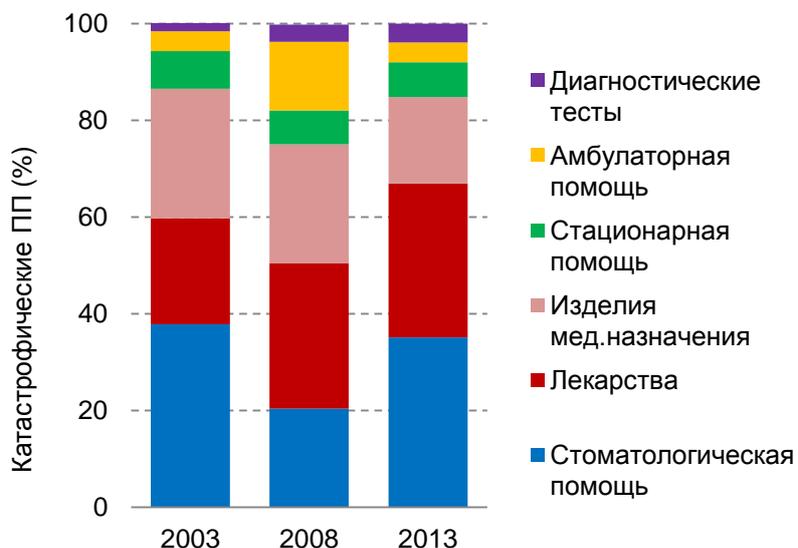
42. Данные об изменении политики в отношении сооплаты в странах свидетельствуют о важности освобождения малоимущих граждан от этого вида платежей. В 2004 г. Германия ввела новый вид сооплаты (платежи за амбулаторные посещения) и заменила норму, освобождавшую малоимущих граждан от сооплаты, лимитом на сумму сооплаты в год в привязке к уровню дохода. В 2012 г. сооплата пациентами стоимости амбулаторных посещений была отменена. Анализ динамики показателей распространенности катастрофических прямых платежей (рис. 13) и анализ распределения катастрофических прямых платежей по видам услуг (рис. 14) показывает, во-первых, что введение и последующая отмена сооплаты стоимости амбулаторных посещений совпали с ростом и последующим падением показателей распространенности катастрофических прямых платежей, которая главным образом была обусловлена увеличением прямых расходов населения на амбулаторную помощь, и, во-вторых, что даже тщательно продуманный механизм ограничения суммы сооплаты, подобный тому, который использовался в Германии, может быть не настолько действенным с точки зрения защиты бедных домохозяйств, как освобождение от сооплаты: распространенность катастрофических расходов снизилась после отмены сооплаты стоимости амбулаторных посещений, но осталась на более высоком уровне, чем тот, который был зафиксирован до отмены нормы об освобождении малоимущих граждан от сооплаты (Siegel & Busse, 2018).

**Рисунок 13. Доля домохозяйств, осуществляющих катастрофические прямые платежи, в разбивке по потребительским квинтилям в Германии**



Источник: Siegel & Busse (2018).

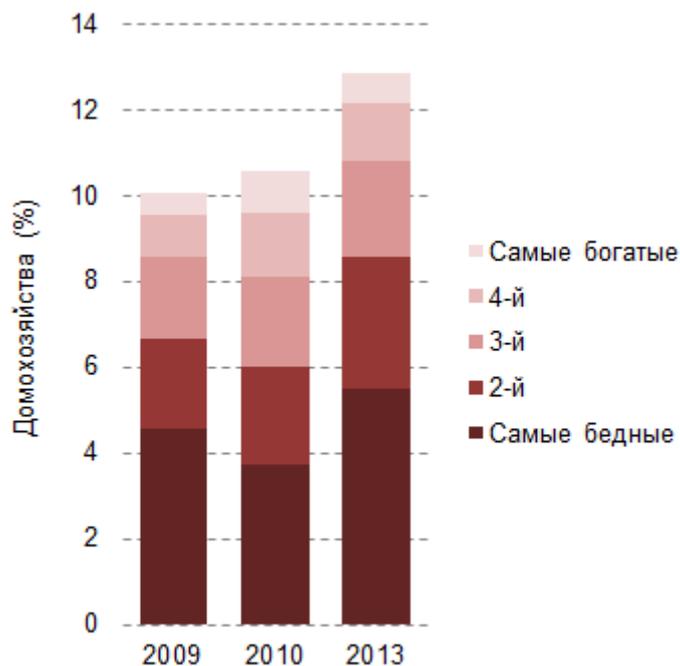
**Рисунок 14. Катастрофические прямые платежи в квинтиле самых бедных потребителей в разбивке по видам услуг здравоохранения в Германии**



Примечания: ПП – прямые платежи. Диагностические тесты включают другие парамедицинские услуги. Медицинская продукция включает нелекарственную продукцию и оборудование.  
Источник: Siegel & Busse (2018).

43. Данные о положительных последствиях освобождения бедных граждан от сооплаты также поступают из Латвии. Принимая меры в ответ на экономический кризис, в 2009 г. Латвия освободила представителей очень бедных слоев населения от необходимости внесения сооплаты за услуги, в 2010 г. расширила действие этой нормы на другие малоимущие группы населения, а затем, в 2012 г., отменила действие этой нормы для всех лиц, за исключением представителей самых бедных домохозяйств (Taube et al., 2018). Эти изменения политики в отношении сооплаты совпадают с сокращением распространенности катастрофических прямых платежей в квинтиле самых бедных потребителей в 2010 г. и последующим увеличением их распространенности в 2013 г. (рис. 15).

**Рисунок 15. Доля домохозяйств, осуществляющих катастрофические прямые платежи, в разбивке по потребительским квинтилям в Латвии**



Источник: Taube et al. (2018).

44. Лимиты на все виды сооплаты на человека в год: освобождение людей от сооплаты играет важную роль в том, чтобы соответствующим целевым группам не приходилось оплачивать что-либо за свой счет. Лимиты оказывают защитное воздействие иного рода: они ограничивают размер той суммы, которая должна быть оплачена "из собственного кармана". Лимиты могут распространяться на оплату стоимости единицы товара или услуги либо на сумму расходов одного человека или домохозяйства за определенный период времени. Если они распространяются на сумму расходов одного человека, они могут быть установлены в виде фиксированной суммы или в виде определенной доли дохода. Лимиты на сумму расходов человека за определенный период времени обеспечивают более высокий уровень защиты, чем лимиты на оплату стоимости определенного товара или услуги. Использование лимитов, устанавливаемых в привязке к уровню дохода, как это делалось в Австрии и Германии, обеспечивает большую социальную справедливость, гарантируя, что более значительная часть финансовой нагрузки, связанной с прямыми платежами, ляжет на более обеспеченные домохозяйства.

45. В 2008 г. Австрия ввела связанный с уровнем дохода лимит на сооплату стоимости назначенных врачом лекарственных средств, установив его на уровне 2% от суммы чистого годового дохода. Введение этого лимита в сочетании со снижением ставки НДС на все лекарственные средства в 2009 г., по всей видимости, и привело к снижению объема прямых платежей за лекарственные средства для амбулаторного лечения в период с 2004/2005 по 2009/2010 годы. Уровень распространенности катастрофических прямых платежей за данный период не изменился, но при этом в квинтиле самых бедных потребителей резко сократилась доля лекарственных средств в структуре катастрофических прямых платежей, при этом выросла доля изделий медицинского назначения, лимит на оплату которых не вводился (рис. 16) (Czyrionka et

al., 2018). Увеличение доли изделий медицинского назначения в структуре катастрофических прямых платежей также может быть следствием сокращения перечня оплачиваемых государством услуг офтальмологической помощи в 2005 г.

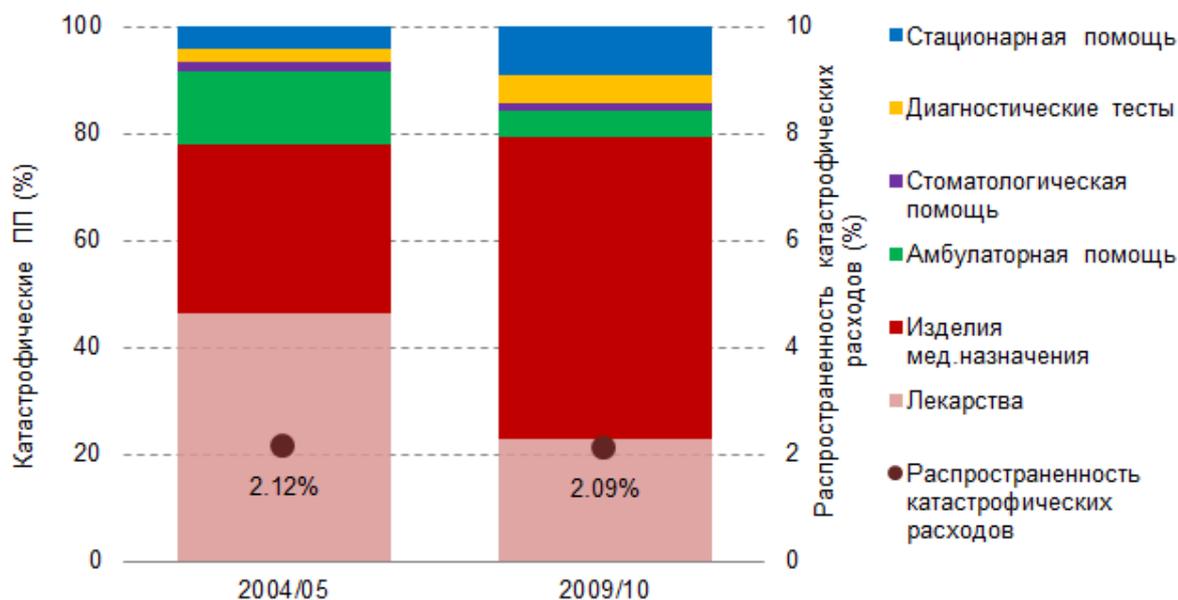
46. Только в двух странах, включенных в исследование (Германия и Чехия), введен лимит на все виды сооплаты. В Германии этот лимит был установлен на уровне 2% от суммы валового дохода на человека в год и был снижен до 1% для людей, которые могут доказать наличие у них хронических заболеваний; при этом данный лимит должен применяться на годовой основе (Siegel & Busse, 2018). В Чехии этот лимит был изначально установлен в виде фиксированной суммы для всех пациентов, но в 2009 г. был введен более низкий лимит для детей, не достигших 18-летнего возраста, и лиц в возрасте 65 лет и старше (Kandilaki, в прессе).

47. Наиболее оптимальный механизм сооплаты отличается простотой и ориентированностью на нужды людей: во многих странах Европейского региона механизмы сооплаты характеризуются сложной структурой, а механизмы финансовой защиты могут включать в себя бюрократические процедуры. Так, некоторые страны используют фиксированные суммы сооплаты в сочетании с сооплатой в виде процента от стоимости; используют многочисленные ставки возмещения расходов; используют механизм освобождения от оплаты только применительно к определенным видам лекарств или к лекарствам для лечения конкретных болезней, а не применительно к людям; вводят лимиты на оплату стоимости конкретных товаров или услуг, а не на сумму расходов людей за определенный период времени. Кроме того, чтобы воспользоваться действующими лимитами и расширенным перечнем оплачиваемых услуг, люди могут быть вынуждены подавать заявки на возмещение расходов задним числом и от них могут требовать предоставления многочисленных подтверждающих документов.

48. Сложная или забюрократизированная структура сооплаты (в особенности ее узкая направленность на конкретные товары или услуги), скорее всего, будет сбивать людей с толку и будет подрывать эффективность механизмов финансовой защиты. Более оптимальным подходом представляется ориентация на нужды людей и разработка такого механизма защиты, который будет направлен на людей, а не на товары и услуги. От этого особенно выиграют люди, страдающие одним или несколькими хроническими заболеваниями, которые, скорее всего, будут пользоваться многочисленными услугами.

49. Некоторые страны, включенные в исследование Регионального бюро, предпринимают шаги, призванные упростить и усовершенствовать политику в отношении сооплаты. Эстония устанавливает пороговую сумму для прямых платежей за отдельные рецептурные товары; в случае достижения такой пороговой суммы размер сооплаты, начисляемой в виде процента от стоимости, снижается (Vörk & Habicht, 2018). Изначально от людей требовали подавать заявки на возмещение расходов задним числом, при этом такие заявки можно было подавать не более четырех раз в год. В 2018 г. система была упрощена таким образом, чтобы сниженная сумма сооплаты начислялась автоматически при помощи системы электронного назначения лекарств. Пороговая сумма также была снижена с 500 до 300 евро. Обе эти меры, скорее всего, повысят уровень финансовой защиты.

**Рисунок 16. Катастрофические прямые платежи в квинтиле самых бедных потребителей в разбивке по видам услуг здравоохранения в Австрии**



Примечания: ПП – прямые платежи. Диагностические тесты включают другие парамедицинские услуги. Медицинская продукция включает нелекарственную продукцию и оборудование, в том числе (за указанные два периода времени) стоматологическую продукцию.  
Источник: Czurionka et al. (2018).

### **Роль добровольного медицинского страхования**

50. Некоторые страны используют добровольное медицинское страхование (ДМС) как инструмент защиты своих граждан. Однако опыт свидетельствует о том, что этот инструмент оказывает защитное воздействие только в том случае, если он:

- однозначно покрывает платежи, возлагаемые на пользователей услуг;
- охватывает большинство населения, в том числе самые бедные слои;
- доступен малоимущим гражданам бесплатно.

51. Только три страны в Европе выполняют эти условия: Словения, Франция и Хорватия (Vončina & Rubil, 2018; Bricard, in press; Zver et al., в печати). Во всех других случаях ДМС скорее усугубляет неравенства в доступе к услугам медицинской помощи (Sagan & Thomson, 2016).

52. Ничто не указывает на наличие взаимосвязи между ДМС и долей прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение в Европейском регионе и даже во всем мире (ВОЗ, 2018 г.). Это говорит о том, что ДМС не является эффективным механизмом снижения объема прямых платежей на уровне системы здравоохранения, за исключением тех редких случаев, которые представлены в настоящем документе.

53. Премии ДМС могут стать причиной снижения ценовой доступности услуг для домохозяйств, а также могут подорвать принцип справедливого финансирования здравоохранения (Burke et al., в печати). Так, в 2014 г. в Хорватии выплачиваемые

домохозяйством премии ДМС составляли в среднем 1,7% от общего объема расходов домохозяйства. Однако при этом данный показатель характеризовался регрессивным распределением: в квинтиле самых бедных потребителей он составлял 3,1% от общего объема расходов домохозяйства, а в квинтиле самых богатых – 1,1% (Vončina & Rubil, 2018).

54. В табл. 2 вкратце представлены некоторые наиболее распространенные пробелы в охвате населения услугами в рамках европейских систем здравоохранения.

**Таблица 2. Наиболее распространенные пробелы в охвате населения услугами в рамках европейских систем здравоохранения**

	Право населения	Охват услугами	Официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг
<b>Проблемы в области стратегического руководства системой охвата населения услугами, финансируемыми за счет государства</b>	<p>Право на получение услуг больше зависит от уровня дохода домохозяйства, статуса занятости его членов или уплаты ими социальных взносов, чем от права на проживание в стране</p> <p>Для мигрантов право на получение услуг ограничено</p>	<p>Существующая система льгот не охватывает полный спектр услуг – от профилактики, лечения и реабилитации до паллиативной помощи</p> <p>Существующая система льгот не включает все заболевания</p> <p>Перечень льгот отличается в зависимости от имеющегося у человека права на получение услуг за счет государства</p> <p>Оценка технологий здравоохранения с целью выявления и приоритизации затратоэффективных услуг не применяется вообще или ее применение ограничено</p> <p>Системы направления пациентов отсутствуют или не регулируются надлежащим образом</p> <p>Ненадлежащее регулирование процессов назначения и отпуска лекарств</p> <p>Несогласованность стимулов для поставщиков услуг в масштабах всей системы</p> <p>Отсутствие гарантированного времени ожидания приема</p>	<p>Недостаточно продуманная политика в отношении сооплаты, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• применение возлагаемых на пользователей официальных платежей в системе первичной медико-санитарной помощи, включая оплату лекарств для амбулаторного лечения</li> <li>• применение возлагаемых на пользователей официальных платежей без адекватной защиты малоимущих граждан и лиц, которым нужно регулярно пользоваться услугами здравоохранения</li> <li>• использование сооплаты в виде процента от стоимости</li> <li>• освобождение от оплаты ориентировано на конкретный товар или услугу, а не на людей</li> <li>• лимиты на сооплату вводятся из расчета на стоимость</li> </ul>

	Право населения	Охват услугами	Официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг
			<p>конкретного товара или услуги (т.е. не охватывают всех случаев сооплаты), а не на объем расходов пациента за определенный период времени</p> <p>Неадекватное регулирование практики включения дополнительных сумм в счета, выставляемые пациентам поставщиками</p>
<p><b>Основные пробелы в охвате услугами, финансируемыми государством</b></p>	<p>Люди трудоспособного возраста, в частности – безработные, самозанятые лица и лица, не имеющие стабильной занятости</p> <p>Мигранты</p>	<p>Услуги стоматологической помощи для взрослого населения</p> <p>Медицинская продукция</p> <p>Лекарства для амбулаторных больных, включая рекомендованные или назначенные безрецептурные лекарственные средства</p> <p>Длительное время ожидания для получения консультаций специалистов или услуг стационарной помощи</p>	<p>Рецептурные препараты для амбулаторных больных</p> <p>Стоматологическая помощь</p>
<p><b>Охватывает ли ДМС эти пробелы в услугах?</b></p>	<p>Нет; услуги ДМС могут быть доступны, но, скорее всего, будут неприемлемы по цене для представителей этих групп населения</p>	<p>В некоторых странах ДМС охватывает услуги стоматологической помощи</p> <p>ДМС обеспечивает быстрый доступ к лечению во многих странах</p> <p>Однако ДМС главным образом пользуются группы населения с более высоким социально-экономическим статусом, что усугубляет неравенства в доступе к услугам здравоохранения</p>	<p>Только в трех странах (Словения, Франция и Хорватия) системой ДМС, распространяющейся на сооплату, охвачено большинство лиц, нуждающихся в финансовой защите; но даже в этих странах отмечаются пробелы в охвате ДМС.</p>

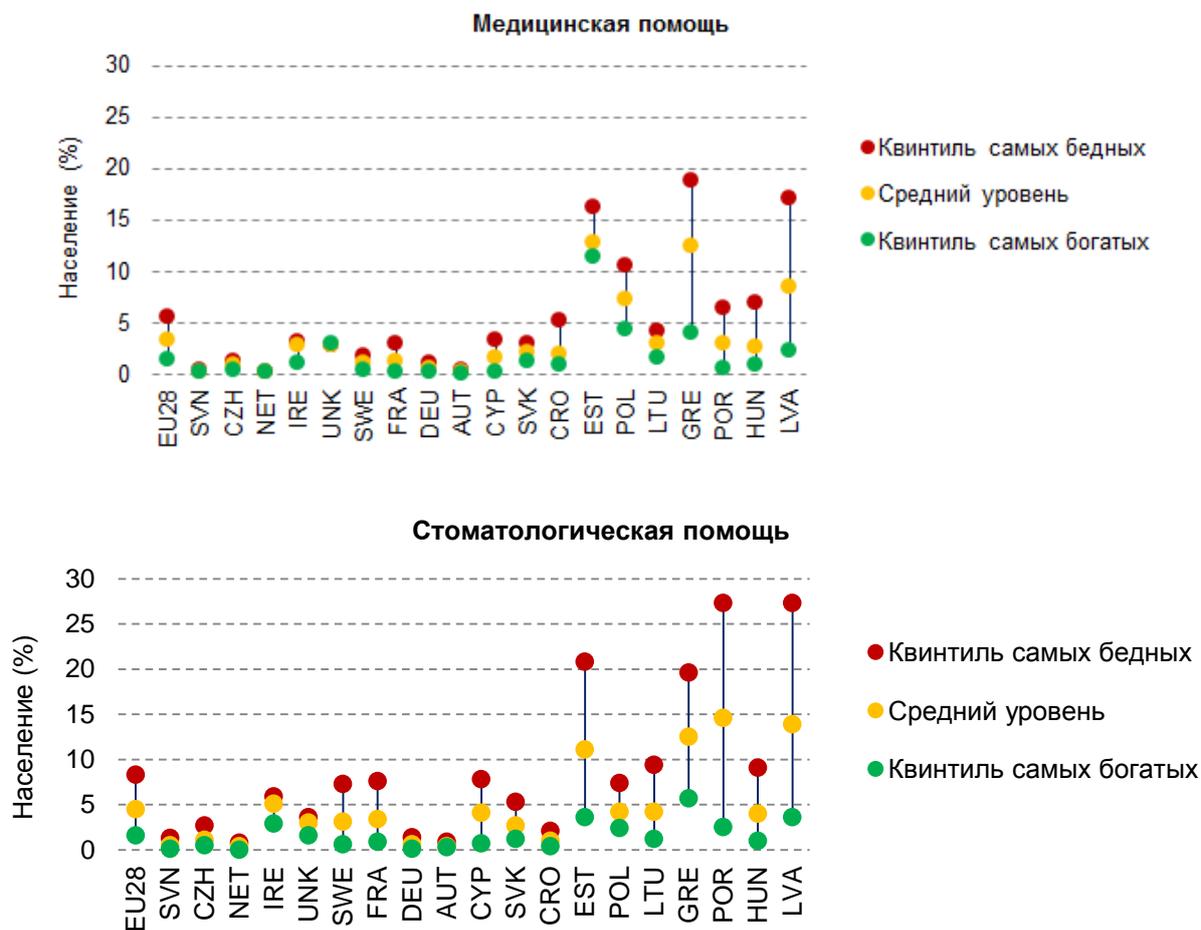
Источник: Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.

## **Данные о неудовлетворенных потребностях должны быть включены в анализ**

55. Анализ уровня финансовой защиты будет носить неполный характер, а его результаты могут быть неверно истолкованы, если при его проведении не будут приняты во внимание данные о неудовлетворенных потребностях в услугах здравоохранения (см. вставку 2). В стране может наблюдаться низкий уровень распространенности катастрофических прямых платежей, потому что люди не могут пользоваться услугами здравоохранения из-за их ограниченной доступности, длительности ожидания приема или же финансовых и других барьеров для доступа. С другой стороны, реформы, которые содействуют повышению доступа к услугам здравоохранения, могут также усугублять финансовые трудности. Устранение барьеров для доступа, приводящее к более широкому использованию услуг, увеличит объем осуществляемых людьми прямых платежей (например, посредством официальных платежей, возлагаемых на пользователей услуг), в случае если не будут приняты соответствующие защитные меры.

56. Сопоставимые данные о неудовлетворенных потребностях в странах имеются только по государствам-членам Европейского союза. На рис. 17 показаны неравенства в самостоятельно оцениваемом уровне неудовлетворенных потребностей в услугах медицинской и стоматологической помощи между группами с разным уровнем дохода; страны ранжированы по уровню распространенности катастрофических прямых платежей (от самого низкого к самому высокому). Средние уровни неудовлетворенных потребностей и неравенств в уровне неудовлетворенных потребностей зачастую бывают очень низкими в странах с самым высоким уровнем финансовой защиты. Как правило, услуги медицинской помощи более доступны населению, чем услуги стоматологической помощи; при этом доступ к услугам медицинской помощи характеризуется большей социальной справедливостью.

**Рисунок 17. Неудовлетворенные потребности в услугах медицинской и стоматологической помощи, обусловленные стоимостью услуг, отдаленностью учреждений или длительностью ожидания приема, 2015 г.**



Примечание: страны ранжированы по уровню распространенности катастрофических прямых платежей (от самого низкого к самому высокому). Термин "население" охватывает лиц старше 16 лет. Квинтили основываются на уровне дохода. Данные из государств, которые на данный момент входят в состав Европейского союза (ЕС-28), отражают только уровень неудовлетворенных потребностей, но не распространенность катастрофических расходов.  
Источник: Евростат (2018 г.) на основе данных EU-SILC.

## Значение для политики

57. Мониторинг доступа к услугам здравоохранения сам по себе не достаточен: мониторинг уровня финансовой защиты должен стать одним из основополагающих компонентов оценки деятельности систем здравоохранения, проводимой в отдельных странах и на межстрановом уровне. В рамках вышеупомянутого исследования Регионального бюро впервые проводится систематический мониторинг уровня финансовой защиты в Европейском регионе, заполняющий существенный пробел в оценке результатов деятельности систем здравоохранения. Исследование показало, что, анализируя данные только о неудовлетворенных потребностях (или только об охвате услугами, как предполагают ЦУР), невозможно составить полное представление о ситуации с доступом к услугам здравоохранения. Данные о неудовлетворенных потребностях и уровне финансовой защиты должны рассматриваться в связке друг с

другом, поскольку уровень финансовой защиты может выглядеть вполне достаточным там, где отмечается высокий уровень неудовлетворенных потребностей, если люди не могут пользоваться услугами здравоохранения ввиду наличия барьеров для доступа; уровень финансовой защиты может ухудшаться на фоне сокращения неудовлетворенных потребностей, если реформы, направленные на расширение доступа, повысят уровень финансовых трудностей, с которыми сталкиваются пользователи услуг.

58. Важное значение имеет то, каким образом вы проводите мониторинг уровня финансовой защиты: чтобы обеспечить наличие информации для целей формирования политики и помочь странам в переходе к всеобщему охвату населения услугами здравоохранения, проводимый мониторинг должен быть источником фактических данных, которые могут стать основой для выработки и принятия мер. Такие фактические данные можно получить в результате контекстного анализа проводимой политики. Основой настоящего исследования является анализ ситуации на уровне стран, что позволяет увязывать показатели с реализуемыми мерами политики и с их изменением с течением времени. В рамках исследования используются показатели, которые учитывают и делают более заметными те финансовые трудности, с которыми сталкиваются бедные домохозяйства.

59. Распространенность катастрофических прямых платежей, как правило, находится на низком уровне в странах, где доля прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение не превышает 15%. Уровень финансовой защиты ниже там, где отмечается высокий уровень прямых платежей и низкий уровень государственных расходов на здравоохранение. Отмечаются все большие различия между странами в уровнях финансовой защиты населения, обусловленные увеличением доли прямых платежей в структуре общих расходов на здравоохранение.

60. Обеспечение высоких уровней государственных расходов на здравоохранение играет важнейшую роль в сокращении уровня прямых платежей, однако политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения также имеет большое значение. Настоящий анализ показывает, что разница в уровне распространенности финансовых трудностей частично объясняется существующими между странами различиями в объеме расходов на здравоохранение, в частности различием в том, какое значение отводится сфере здравоохранения при распределении средств государственного бюджета. Однако увеличение объема государственных расходов или сокращение уровня прямых платежей само по себе не гарантирует повышения уровня финансовой защиты. Политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения является не менее важным объясняющим фактором.

61. Политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения является основным механизмом, определяющим, насколько часто домохозяйства бывают вынуждены осуществлять прямые платежи. Она также определяет то, каким образом такие платежи распределяются между различными группами населения. Наличие пробелов в охвате населения услугами здравоохранения означает, что домохозяйства вынуждены платить за услуги "из своего кармана" или вообще отказываться от их использования.

62. Предоставление населению права на получение услуг здравоохранения, финансируемых за счет государства, является необходимым условием финансовой

защиты, но не гарантирует ее. Многие страны, где отмечаются более низкие уровни охвата населения и более высокие показатели распространенности катастрофических прямых платежей, увязывают право на получение услуг со статусом занятости или уплатой социальных взносов, но при этом у них отсутствуют эффективные механизмы для обеспечения уплаты взносов или для защиты уязвимых групп (например, длительно безработных).

63. Недостаточный масштаб и недостаточное качество охвата услугами по-разному сказываются на разных группах населения, зачастую становясь причиной финансовых трудностей у более обеспеченных домохозяйств, которые могут платить за услуги "из собственного кармана", но при этом приводя к появлению неудовлетворенных потребностей у менее обеспеченных домохозяйств, которые отказываются от обращения за медицинской помощью или откладывают ее получение. Оплата стоимости лекарств для амбулаторного лечения и оплата услуг стоматологической помощи для взрослого населения – наиболее распространенные пробелы в системе охвата населения услугами здравоохранения.

64. Страны могут в значительной мере повысить уровень финансовой защиты населения путем тщательного пересмотра своей политики в отношении официальных платежей, возлагаемых на пользователей услуг, с целью сведения к минимуму практики сооплаты при одновременном обеспечении дополнительной защиты для малоимущих граждан и лиц, которым нужно регулярно пользоваться услугами здравоохранения.

65. Плохо продуманная политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения перекладывает бремя расходов на медицинскую помощь на те группы населения, которые в наименьшей степени могут позволить себе такие расходы, а именно – на малоимущих граждан, людей с хроническими заболеваниями и людей старшего возраста. Это подрывает принципы справедливого финансирования системы здравоохранения и справедливого доступа к услугам здравоохранения. Это также отрицательно сказывается на эффективности. Прямые платежи за лекарственные средства – один из основных факторов возникновения финансовых трудностей, в особенности у малоимущих граждан. Назначение лекарств является неотъемлемой частью оказания первичной медико-санитарной помощи. Экономические аргументы в пользу обязательной оплаты гражданами услуг первичной медико-санитарной помощи (в том числе стоимости лекарств) отсутствуют.

66. Когда политика в отношении охвата населения услугами здравоохранения недостаточно продумана, неэффективность системы здравоохранения может приводить к усугублению финансовых трудностей. Так, если люди должны оплачивать определенный процент от полной стоимости назначенных им лекарственных средств, давление прямых платежей на их личный бюджет будет увеличиваться по мере роста цен или при условии, что для лиц, назначающих и отпускающих лекарства, не были установлены соответствующие или согласованные стимулы, не допускающие чрезмерного назначения и отпуска лекарств. Преодоление неэффективности может способствовать повышению уровня финансовой защиты.

67. В странах с низким уровнем финансовой защиты населения часто отмечается высокий уровень неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения; со времени начала финансового и экономического кризиса уровень неудовлетворенных

потребностей вырос. Учитывая широкое применение во многих странах Европейского региона официальных платежей, возлагаемых на пользователей услуг, а также в условиях отсутствия адекватной защиты малоимущих граждан и лиц, вынужденных регулярно пользоваться услугами здравоохранения, вполне возможно, что, если бы в период проведения исследования больше людей могли пользоваться услугами здравоохранения, бремя прямых платежей было бы более высоким, а давление финансовых трудностей более ощутимым, чем предполагают выводы нынешнего анализа.

68. В Европейском регионе накоплен значительный арсенал успешных методов работы в данной области; мы можем учиться на примере стран с высоким уровнем финансовой защиты, равно как и стран с низким уровнем финансовой защиты, которые тем не менее приняли меры для защиты малоимущих граждан. Эффективно работающие системы здравоохранения считают защиту бедных домохозяйств своей приоритетной задачей. Для того чтобы быть эффективной, защита должна быть направлена на людей, а не на конкретный товар или услугу. В любой стране малоимущие граждане и лица, которым нужно регулярно пользоваться услугами здравоохранения, скорее всего, будут наиболее подвержены риску возникновения финансовых трудностей. Другие группы лиц тоже могут подвергаться риску в зависимости от особенностей ситуации, в частности – от масштаба миграции и качества мер социальной защиты.

69. Меры политики, направленные на повышение уровня финансовой защиты, снизят уровень неудовлетворенных потребностей и сократят масштабы бедности, связанной с использованием услуг здравоохранения, что окажет положительное воздействие на людей и общество в целом.

## Библиография<sup>1</sup>

Arora V, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M (2015). Data resource profile: the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). *Int J Epidemiol.* 44:451–461.doi:10.1093/ije/dyv069.

Bricard D (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Burke S, Johnston B, Thomas S (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ireland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Cooke O'Dowd N, Kumpunen S, Holder H (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in the United Kingdom. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (in press). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ.*

Czypionka T, Röhring G, Six E (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Austria. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Eurostat (2015). Household Budget Survey 2010 Wave EU Quality report. Brussels: Eurostat ([http://ec.europa.eu/eurostat/documents/54431/1966394/LC142-15EN\\_HBS\\_2010\\_Quality\\_Report\\_ver2+July+2015.pdf/fc3c8aca-c456-49ed-85e4-757d4342015f](http://ec.europa.eu/eurostat/documents/54431/1966394/LC142-15EN_HBS_2010_Quality_Report_ver2+July+2015.pdf/fc3c8aca-c456-49ed-85e4-757d4342015f)).

Eurostat (2018). EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) [online database]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/main-tables>).

EXPH (2016). Access to health services in the European Union – final opinion. Brussels: European Commission ([https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/015\\_access\\_healthservices\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf)).

EXPH (2017). Opinion on benchmarking access to healthcare in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union ([https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion\\_benchmarking\\_healthcareaccess\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf)).

Goginashvili K, Nadareishvili M (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kandilaki D (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Czechia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

---

<sup>1</sup> Ссылки на все веб-сайты даны по состоянию на 6 июня 2018 г.

Kontemeniotis A, Theodorou M (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Cyprus. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al., editors (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Murauskienė L, Thomson S (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Lithuania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OECD health statistics [online database]. Paris: Organisation for Economic and Co-operation and Development; 2018 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-data.htm>).

Pita Barros P, Borges A (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Portugal. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Pourova M (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Slovakia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sagan A, Thomson S (2016 г.). Добровольное медицинское страхование в Европейском регионе: роль и регулирование. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2016/voluntary-health-insurance-in-europe-role-and-regulation-2016>).

Siegel M, Busse R (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Swartz K (2010). Cost-sharing: Effects on spending and outcomes. Research Synthesis Report No. 20. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation (<https://pdfs.semanticscholar.org/ca7c/49c9b664c681ed836aa38b913a37a35e0004.pdf>).

Tambor M, Pavlova M (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Taube M, Vaskis E, Nesterenko O (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al. (2015 г.). Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения Европы: последствия и значение для политики. Maidenhead: Open University Press (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2015/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe.-impact-and-implications-for-policy-2015>).

Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M (2016 г.). Мониторинг финансовой защиты для оценки прогресса на пути обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными

услугами в Европе. "Панорама общественного здравоохранения" 2(3):367–78 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-2,-issue-3,-september-2016/original-research2>).

Thomson S, Evetovits T, Cylus J (2018). Financial protection in high-income countries. A comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2018/financial-protection-in-high-income-countries.-a-comparison-of-the-czech-republic,-estonia-and-latvia-2018>).

Vončina L, Rubil I (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Croatia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Võrk A, Habicht T (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Estonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wagstaff A, Eozenou P (2014). CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Washington (DC): The World Bank (Policy Research Working Paper No. 6861).

Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying in health care: with applications to Vietnam 1993-98. *Health Econ.* 2(11):921–934.

ВОЗ (2010 г.). Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/whr/2010/ru/>).

WHO (2018). Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).

WHO, World Bank (2015). Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1)).

ВОЗ, Всемирный банк (2017). Отслеживание данных о всеобщем охвате услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге, 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/272599>).

Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P, Evans T (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*. 26(4):972–983.

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362:111–117.

Yerramilli P, Fernández O, Thomson S (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy* 122(5). doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.006> ([http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(18\)30049-6/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(18)30049-6/fulltext)).

Zver E, Josar D, Srakar A (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Slovenia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

## Глоссарий терминов

**Базовые (жизненные) потребности:** Минимальные средства к существованию; часто подразумевают потребление товаров и жизненных благ, таких как продукты питания, одежда и жилье.

**Бюджет домохозяйств:** Также называют общим объемом потребления домохозяйства. Суммарная денежная стоимость всех товаров, потребляемых домохозяйством за определенный период времени, и расчетная стоимость потребительских товаров, которые не покупают за деньги, а получают другими способами.

**Бюджет:** См. бюджет домохозяйств.

**Возможность заплатить за услуги здравоохранения:** В рамках настоящего исследования возможность платить за услуги здравоохранения оценивается как объем потребления за вычетом нормативной (стандартной) суммы на удовлетворение базовых потребностей, таких как еда, жилье и коммунальные услуги. Эта сумма последовательно вычитается из структуры потребления всех домохозяйств; ее также называют чертой бедности или линией базовых потребностей.

**Всеобщий охват услугами здравоохранения:** Положение дел, при котором все люди могут получать необходимые им высококачественные услуги здравоохранения без каких-либо финансовых трудностей.

**Катастрофические прямые платежи:** Также называют катастрофическими расходами на здоровье. Показатель финансовой защиты. Уровень катастрофических прямых платежей может оцениваться по-разному. В рамках исследования они определяются как прямые платежи, объем которых превышает 40% от той суммы, которую домохозяйство имеет возможность заплатить за услуги здравоохранения. Показатель распространенности катастрофических расходов на здоровье включает обедневшие домохозяйства (поскольку после осуществления прямых платежей они больше не имеют возможности платить за услуги) и еще более обедневшие (обнищавшие) домохозяйства (поскольку они изначально не имеют возможности платить за услуги).

**Квинтиль:** Одна из пяти равных групп (пятых частей) населения. В рамках настоящего исследования население, как правило, делится на квинтили по объему потребления домохозяйств. Первый квинтиль – пятая часть домохозяйств с самым низким объемом потребления, которая в рамках данного исследования называется квинтилем самых бедных потребителей; пятый квинтиль характеризуется самым большим объемом потребления и в рамках данного исследования называется квинтилем самых богатых потребителей.

**Коммунальные услуги:** Вода, электричество и различные виды топлива, используемого для приготовления пищи и отопления.

**Лимиты (верхний предел) на получение льготных пособий:** Механизм защиты третьей стороны, выступающей в качестве плательщика, например, правительства, страхового фонда или частной страховой компании. Лимиты на получение льготных пособий – максимальная сумма, которую необходимо оплатить третьей стороне, выступающей в роли плательщика, за предоставленный товар или услугу или за

определенный период времени. Обычно устанавливаются в абсолютных величинах. После достижения установленного лимита все остальные расходы оплачивает пользователь. Иногда такой лимит также называют максимальным или верхним пределом.

**Лимиты на официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг (сооплата):** Механизм защиты людей от прямых платежей. Лимиты на официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг, – это максимальная сумма, которую частному лицу или домохозяйству необходимо оплатить "из собственного кармана" в виде официального платежа за полученный товар или услугу или за определенный период времени. Могут устанавливаться в абсолютных величинах или в виде определенной доли личного дохода. Иногда такой лимит также называют максимальным или предельным размером прямого платежа.

**Линия базовых потребностей:** Показатель уровня дохода или объема потребления отдельного лица или домохозяйства, который необходим для удовлетворения базовых потребностей (например, еда, жилье и коммунальные услуги). Линию базовых потребностей, как и черту бедности, можно определять по-разному. Линия базовых потребностей используется в качестве показателя приводящих к обеднению прямых платежей. В рамках настоящего исследования линия базовых потребностей определяется как средняя сумма, которая тратится на еду, жилье и коммунальные услуги домохозяйствами, находящимися между 25-м и 35-м перцентилем в структуре распределения потребления домохозяйств, с корректировкой на размер и состав домохозяйства. Термины линия базовых потребностей и черта бедности употребляются как взаимозаменяемые. См. черта бедности.

**Неудовлетворенные потребности в услугах здравоохранения:** Показатель доступа к услугам здравоохранения. Ситуации, когда люди нуждаются в услугах здравоохранения, но не получают их из-за наличия барьеров для доступа.

**Обследование бюджета домохозяйств:** Как правило, национальные выборочные обследования, которые зачастую проводятся национальными службами статистики, с целью оценить объем потребления домохозяйства за определенный период времени. Иногда называют обследованием потребительских расходов домохозяйств или обследованием расходов домохозяйств. Страны Европейского союза обязаны проводить обследования бюджета домохозяйств как минимум раз в пять лет.

**Освобождение от официальных платежей, возлагаемых на пользователей услуг (сооплата):** Механизм защиты людей от прямых платежей. Освобождения могут распространяться на группы людей, патологические состояния, болезни, товары или услуги.

**Официальные платежи, возлагаемые на пользователей услуг:** Также называют официальной платой за пользование услугами. См. термин "сооплата".

**Потребление:** Для обозначения этого понятия также используют термин "потребительские расходы". Общий объем потребления домохозяйства – это денежная стоимость всех товаров, потребляемых домохозяйством за определенный период времени. Он также включает расчетную стоимость потребительских товаров, которые

не покупают за деньги, а получают другими способами (например, продукты домашнего выращивания).

**Приводящие к дальнейшему обеднению прямые платежи (дальнейшее обнищание):** Показатель финансовой защиты.

Прямые платежи, осуществляемые домохозяйствами, живущими за чертой бедности или линией базовых потребностей, установленными на национальном или международном уровне. Считается, что дальнейшее обнищание домохозяйства наступает в том случае, если до осуществления прямых платежей общий объем его потребления уже находится ниже черты бедности и при этом оно вынуждено платить за услуги "из собственного кармана".

**Приводящие к обеднению прямые платежи:** Показатель финансовой защиты; прямые платежи, которые приводят к обеднению людей или усугубляют их бедность. Домохозяйство считается обедневшим в том случае, если до осуществления прямых платежей общий уровень его потребления или дохода был выше черты бедности или линии базовых потребностей, установленных на национальном или международном уровне, а после осуществления таких платежей опустился ниже этой черты или линии.

**Прямые платежи (оплата "из собственного кармана"):** Также называют расходами домохозяйства на здоровье. Любой платеж, осуществляемый людьми в момент получения какого-либо медицинского товара или услуги, независимо от типа поставщика такого товара или услуги. Прямые платежи включают: (а) официальную сооплату (платежи, возлагаемые на пользователей услуг) стоимости оплачиваемых государством товаров и услуг; (б) официальные платежи за товары и услуги, приобретаемые у частных поставщиков; (с) неофициальные платежи за товары и услуги, оплачиваемые государством или приобретаемые у частных поставщиков. Они не включают предоплату (например, заплаченные налоги, взносы или страховые премии) или расходы, возмещаемые домохозяйству третьей стороной (например, правительством, фондом медицинского страхования или частной страховой компанией).

**Равноценно взрослому человеку (в расчете на взрослого человека):** Для того чтобы учесть различия в размере и составе домохозяйств при проведении сравнительного анализа данных об их расходах, используются шкалы эквивалентности, позволяющие исчислять уровни расходов в расчете на взрослого члена домохозяйства. В рамках настоящего анализа используется оксфордская шкала (также известная как шкала эквивалентности Организации экономического сотрудничества и развития), согласно которой первый взрослый имеет цену, равную единице, каждый последующий член домохозяйства в возрасте 13 лет или старше – 0,7 единицы, а дети младше 13 лет – 0,5 единицы.

**Риск обеднения после осуществления прямых платежей:** После оплаты услуг здравоохранения "из собственного кармана" домохозяйство может еще больше обеднеть, оказаться за чертой бедности, а также подвергнуться или не подвергнуться риску обеднения. Домохозяйство подвергается (или не подвергается) риску обеднения в том случае, если после осуществления прямых платежей общий объем его расходов приближается (или не приближается) к черте бедности или линии базовых потребностей.

**Сооплата** (официальные платежи, возлагаемые на пользователей): Средства, которые людям необходимо платить в момент получения услуг здравоохранения, оплачиваемых третьей стороной, например, правительством, фондом медицинского страхования или частной страховой компанией. Фиксированные суммы сооплаты – это фиксированная плата за товар или услугу; сооплата в виде процента от полной стоимости (также называемая сострахованием) предполагает оплату пользователем определенной доли стоимости товара или услуги; при использовании нестрахуемых минимумов пользователю необходимо сначала оплатить определенную фиксированную сумму, и только после этого третья сторона будет готова оплатить остальные расходы. К другим видам официальных платежей, возлагаемых на пользователей, относятся: включение в счет дополнительных сумм (система, в которой поставщику разрешается выставить пациенту счет, сумма которого превышает цену или тариф, установленный третьей стороной, выступающей в роли плательщика) и референтное ценообразование (система, в которой людям необходимо оплачивать разницу между ценой или тарифом, установленными третьей стороной, выступающей в роли плательщика, (референтная цена) и розничной ценой).

**Способность платить (платежеспособность) за услуги здравоохранения:**

Способность платить (платежеспособность) касается всех финансовых ресурсов, которые находятся в распоряжении домохозяйства. В рамках мониторинга финансовой защиты ориентированный на платежеспособность подход предполагает, что все ресурсы домохозяйства могут быть использованы на оплату услуг здравоохранения, в отличие от подхода, ориентированного на наличие у домохозяйства возможности платить за услуги (см. ниже), который предполагает, что какая-то часть ресурсов домохозяйства должна пойти на удовлетворение базовых потребностей. На практике количественные показатели платежеспособности зачастую составляют на основе полученных в ходе обследований домохозяйств данных о потребительских расходах или доходе домохозяйства; такие количественные показатели могут не учитывать всех имеющихся у домохозяйства финансовых ресурсов, например – сбережений и инвестиций.

**Услуга здравоохранения:** Любой товар или услуга, предоставляемые в системе здравоохранения, включая лекарства, изделия медицинского назначения, диагностические тесты, стоматологическую помощь амбулаторную помощь и стационарную помощь. Термины "услуга здравоохранения" и "медицинская помощь" ("медицинское обслуживание") используются как взаимозаменяемые.

**Финансовая защита:** Отсутствие финансовых трудностей при использовании услуг здравоохранения. В странах, где системы здравоохранения не могут обеспечить достаточный уровень финансовой защиты, у домохозяйств может быть недостаточно средств для оплаты услуг здравоохранения или для удовлетворения других базовых потребностей. Отсутствие финансовой защиты может привести к целому ряду негативных последствий для здоровья и экономики и в перспективе может ограничить доступ к услугам здравоохранения, что, в свою очередь, приведет к ухудшению состояния здоровья людей, росту бедности и усугублению проблемы неравенства.

**Финансовые трудности:** Люди испытывают финансовые трудности, когда размер прямых платежей слишком велик по отношению к их способности платить за медицинское обслуживание.

**Черта бедности:** Уровень дохода или объема потребления отдельного лица или домохозяйства, ниже которого такое лицо или домохозяйство считается бедным. Для обозначения черты бедности используются разные количественные показатели. В рамках настоящего исследования термины "линия базовых потребностей" и "черта бедности" используются как взаимозаменяемые. См. термин "линия базовых потребностей".

= = =